



Center *for*
Family Development

Serving the community since 1991

**CENTRO PARA EL
DESARROLLO FAMILIAR**

**La Clínica de Educación
Paquete de Orientación**

Nuestra visión

El CFD apoya la funcionalidad, aceptación, empoderamiento y crecimiento de personas y familias.

Creencias y valores del CFD

Fomentar el potencial para sanar y reconocer que la familia es de suma importancia para la recuperación y bienestar del individuo.

La base para obtener resultados positivos es la creación de relaciones de colaboración con las personas que servimos así como con otras agencias proveedoras de servicios.

Buscamos soluciones creativas e innovadoras en una diversidad de ámbitos comunitarios. Aceptamos con brazos abiertos la diversidad humana y tratamos de ser accesibles a todas las personas.

Nos aseguramos de proteger la seguridad y confidencialidad de las personas a las que servimos.

Tratamos de crear un ambiente de apoyo y flexibilidad para nuestro personal, practicantes y la comunidad a la que servimos.



Información general:

Horas de oficina:

Lunes a viernes

8:00 am a 5:30 pm

Teléfono: (541) 342-8437

Página web: www.c-f-d.org

Domicilio para enviar

correspondencia:

1258 High Street
Eugene, OR 97401

Ubicación de la clínica:

Edificio norte

261 E. 12th Avenue
Eugene, OR 97401
Fax: (541) 342-1639

Edificio Central/Anexo

1234 High Street
Eugene, OR 97401
Fax: (541) 242-2999

Edificio sur

1501 Pearl Street
Eugene, OR 97401
Fax: (541) 505-7313

Edificio oeste

240 E. 12th Avenue
Eugene, OR 97401
Fax: (458) 221-7001

Edificio principal

(Administración)

1258 High Street
Eugene, OR 97401
Fax: (458) 201-7150



Centro *para* el Desarrollo Familiar

Sirviendo a la comunidad desde 1991

***Servicios ambulatorios de salud
mental y de rehabilitación de
abuso de sustancias***

El CFD trabaja respetuosamente con una diversidad de personas y familias para identificar y acceder a las fortalezas y recursos de cada persona con el fin de mejorar su vida y su capacidad de participar en la comunidad. El CFD capacita y educa a su personal y practicantes con el fin de dar servicios que den resultados positivos.



Nuestra historia

El Centro para el Desarrollo Familiar (CFD) está dedicado a apoyar las relaciones entre la familia. El CFD cree firmemente que las familias sanas crían personas sanas y reconoce que hay muchas formas diferentes de ser familia.

Desde 1991, el año de su fundación, el Centro para el Desarrollo Familiar se ha dedicado a apoyar las relaciones intrafamiliares. Dado que cada problema es único, el CFD usa una variedad de técnicas terapéuticas. Y toma en cuenta las necesidades de cada persona, de su familia y de sus relaciones con la comunidad. El CFD identifica los recursos internos y externos de la persona con el fin de ayudarla a desarrollar fortalezas y resiliencia para superar situaciones estresantes y tener éxito.



Servicios ambulatorios de salud mental para adultos y niños

El Centro para el Desarrollo Familiar (CFD) ofrece terapias para la salud mental de personas y familias en estas áreas:

- Ansiedad
- Depresión
- Control de impulsos
- Ajuste psicológico de niños, adolescentes y de la familia
- Dificultades en las relaciones personales
- Baja autoestima
- Identidad de género
- Problemas de comportamiento sexual
- Imagen corporal
- Historial de trauma
- Cambios en las etapas de la vida
- Pérdida y duelo

Nuestros terapeutas pueden referir a clientes a nuestro programa de administración de medicamentos para recibir tratamiento psiquiátrico si el servicio está disponible.

Servicios ambulatorios de rehabilitación de abuso de sustancias para adultos y jóvenes

Nuestros programas abordan la compleja naturaleza del proceso de rehabilitación de abuso de sustancias. El CFD reconoce que la rehabilitación es un proceso de cambio durante el cual las personas mejoran su salud y bienestar, llevan vidas que ellas mismas deciden, y tratan de vivir vidas realizadas. El programa de rehabilitación del CFD fue desarrollado a partir de tratamientos clínicos y servicios de rehabilitación basados en la evidencia para todo tipo de población. Los servicios del CFD incluyen: terapia individual y familiar, grupos de apoyo de pares, análisis de orina y colaboración con otras agencias que trabajan con el mismo cliente.

El CFD ofrece tratamiento a precios accesibles para personas que necesitan cumplir con los mandatos estatales, de la corte y del departamento de vehículos motorizados a raíz de convicciones por manejar bajo la influencia del alcohol o drogas.

Escala proporcional de costos

Ofrecemos terapias para la salud mental a clientes para quienes el costo de una terapia representa un obstáculo. Tenemos practicantes que están cursando una maestría y que son supervisados por terapeutas certificados que dan terapia individual y familiar. El costo proporcional de la terapia se determina en la primera sesión.

Rehabilitación con tratamiento asistido con medicamentos

Los servicios de rehabilitación con tratamiento asistido con medicamentos (MARS por sus siglas en inglés) del CFD tratan a las personas que tienen trastornos demostrados de abuso de opiáceos y/o alcohol con medicamentos. Las personas podrían calificar para el tratamiento MARS si su diagnóstico de abuso de opiáceos o alcohol cumple con los criterios de ser apropiado para servicios ambulatorios y puede ser ofrecido en combinación con el programa de rehabilitación para adultos del CFD.

Servicios de apoyo

Servicios de apoyo de pares: los servicios de apoyo de pares (PSSs por sus siglas en inglés) son provistos por personas que han trabajado en su propia rehabilitación de problemas de salud mental y/o de abuso de alcohol y/o drogas. Ayudan a que los adultos que están en los programas del CFD se rehabiliten.

Servicios de apoyo conductual: los servicios de apoyo conductual (BSSs por sus siglas en inglés) son provistos por personas que tienen el rol de mentores de niños y adolescentes con problemas de comportamiento y salud mental. Trabajan con el terapeuta y los padres/guardianes y son modelos positivos a seguir ya que fomentan actividades para socializar y asociaciones sanas entre personas.



COPIA PARA INDIVIDUAL



Center *for*
Family Development
1258 HIGH STREET
EUGENE, OREGON 97401

Autorización para Recibir Servicios de Salud Conductual

Ingreso y Evaluación

- Como parte de mi solicitud de servicios en el Centro para el Desarrollo Familiar (CFD, por sus siglas en inglés), autorizo al personal clínico realizar una evaluación y proporcionarme servicios y apoyos.
- Mi solicitud de servicios del CFD es voluntaria y tengo derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.
- Tengo derecho de hacer preguntas en cualquier momento.

Tratamiento para Adolescentes de 14 años de Edad o Mayores

- Tengo derecho de acceder a servicios de salud mental y rehabilitación de adicciones sin necesidad del consentimiento de mi padre, madre o tutor legal.
- Mi padre, madre o tutor legal participará antes de concluir los servicios a menos que se rehúsen o que haya razones clínicas que claramente indiquen que sería mejor no involucrarlos, lo cual quedará anotado en mi expediente.
- Expedientes de tratamiento:
 - Programa de Salud Mental para Menores de Edad: Mi padre, madre o tutor legal tiene el derecho de obtener copias de mi expediente de tratamiento, incluyendo notas sobre mis sesiones, a menos que haya razones clínicas que indiquen que sería mejor no hacerlo, lo cual quedará anotado en mi expediente.
 - Padre, madre o tutor legal: A menos que la corte lo ordene, los padres biológicos tienen el derecho legal de obtener copias del expediente de tratamiento de su hijo/a en el Programa de Salud Mental para Menores de Edad, incluso si los padres no participan en los servicios. Los expedientes incluyen notas de las sesiones de terapia, que podrían contener información compartida por uno de los padres sobre el otro.
 - Programa de Rehabilitación de Adicciones: el expediente de mi tratamiento no puede ser compartido sin mi consentimiento por escrito, incluso con mi padre, madre o tutor legal.

Planeación de Servicios

- Yo participaré en la creación de mi Plan de Servicios y continuaré estando involucrado/a en los cambios que realicemos durante los servicios recibidos a través del CFD.

Riesgos y Beneficios

- Es posible que durante ciertos periodos la terapia ocasione incomodidad emocional, cambios en las relaciones interpersonales y el empeoramiento temporal de los síntomas. El objetivo y beneficio esperado de los servicios y apoyos es la solución al problema inicial.

Supervisión

- Mi terapeuta recibirá supervisión por parte de un Supervisor Clínico.
- Tengo derecho a hablar con el supervisor inmediato de mi terapeuta si así lo solicito y si tengo dudas o deseo poner una queja.
- Mi terapeuta y su supervisor mantendrán mi información bajo confidencialidad.

Privilegio Terapéutico

- Dentro del ámbito terapéutico, yo soy quien tiene el privilegio de decidir con quién se comparte mi información. La información comentada durante los servicios es confidencial y no puede ser revelada a nadie fuera del CFD sin mi autorización escrita, excepto en los siguientes casos.

Reportes Obligatorios

- Si durante la terapia le revelo a mi terapeuta una situación pasada de abuso o sospecha de abuso de una persona perteneciente a una categoría protegida, ya sea yo mismo/a u otra persona, mi terapeuta debe reportar dicha información tal como lo dicta la ley de Oregón. Las categorías protegidas incluyen a niños/as, adultos mayores, personas con discapacidades del desarrollo, y personas que reciban servicios de salud mental cubiertos por el Plan de Salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés), u otros fondos públicos.

- Si amenazo con lastimarme a mi mismo/a o a otros, el CFD tiene la obligación de intervenir, lo cual puede incluir un reporte a las autoridades correspondientes.
- En caso de amenaza de lastimar a cualquier individuo, mi terapeuta tiene derecho de avisar a las posibles víctimas por los medios más eficaces posibles.

Autorización para Revelar Información

- El CFD puede comunicarse con otros proveedores que me proporcionen servicios de salud física o mental. Esta comunicación podría incluir el intercambio de expedientes de salud física o mental. El propósito de esta comunicación es proporcionarme cuidados de salud integrales y de alta calidad, y asegurar que todas mis necesidades de salud estén siendo cubiertas por quienes me proporcionan servicios.
- En caso de emergencia médica, el CFD puede acceder a tratamiento médico de emergencia en mi nombre. Cierta información podría ser revelada a los paramédicos en turno, pero estará limitada estrictamente a la información necesaria para resolver la situación. Toda la información revelada será documentada en mi expediente.
- En caso de hospitalización psiquiátrica, la información sobre mi condición de salud mental previa a la hospitalización y la información que se considere útil para planear la terminación de servicios podría ser revelada. Toda la información revelada será documentada en mi expediente.
- Si se está realizando una investigación sobre abuso de menores, el CFD tiene la obligación bajo la ley de Oregón de permitir que la agencia investigadora inspeccione y copie el expediente del niño o niña sobre quien se basa la investigación sin el consentimiento del menor o la madre, el padre o tutor del niño o niña.
- Si tengo preocupaciones sobre la revelación de mi información, tengo derecho de llenar la “Solicitud de Restricción del Uso y Revelación de Información Clínica.”

Procedimientos Legales y Autorización para Intercambiar Información

- Si me involucro o creo que me voy a involucrar en algún procedimiento legal, notificaré a mi terapeuta lo antes posible para ayudarlo/a a entender de qué manera su participación en dichos procedimientos podría afectar nuestro trabajo terapéutico.
- Si la información relativa a mi terapia se hace relevante para el procedimiento legal, el Juez podría ordenar que mi información confidencial sea revelada.
- Ni mi terapeuta, ni ningún otro personal del CFD revelarán mi información confidencial voluntariamente sin mi consentimiento por escrito.
- Si un Juez ordena la revelación de información sobre mis servicios de terapia, el personal del CFD obedecerá la orden.

Acceso a Expedientes

- Tengo derecho de consultar y solicitar copias de mi expediente por escrito, a menos que el CFD determine que el acceso a mi expediente probablemente resulte en algún daño a mi bienestar, en cuyo caso me puede ser negada la solicitud de copia.
- Si solicito copias, es posible que me pidan que pague el costo de las fotocopias y el tiempo del personal que las realice. No se me negará el acceso a mi expediente por el hecho de no poder pagar las copias.

Evaluación Psicológica

- Ni las evaluaciones, ni los servicios y apoyos que proporcionamos en el CFD son sustituto de una Evaluación Psicológica oficial. El CFD no realiza Evaluaciones Psicológicas oficiales.
- Mi terapeuta está disponible para explicarme la diferencia entre una evaluación con fines de tratamiento, una Evaluación Psicológica, y los servicios y apoyos.

Cobro de Servicios a las Compañías de Seguros (Cobro a Terceros)

- Si tengo cobertura de una compañía de seguros, autorizo que se le cobre a mi plan de salud y autorizo que los pagos se hagan directamente al CFD.
- Si tengo cobertura por parte del Plan de Salud de Oregón (OHP), no necesito pagar los servicios que se me proporcionen.
- Mi información podrá ser revisada por mi plan de salud, incluyendo por parte de la Autoridad de Salud de Oregón o la organización que coordina los servicios a nivel local, con el propósito de autorizar el pago de servicios, el control de calidad, la administración del uso de servicios y la supervisión de las instalaciones.

Información que Recibí Durante la Inscripción

- Durante mi inscripción a estos servicios, recibí copia de los siguientes documentos: Autorización para Recibir Servicios, Explicación de Mis Derechos Individuales, Informe sobre Prácticas de Privacidad, Procedimiento para Quejas, Información para Inscribirme para Votar, Información para Dejar el Consumo del Tabaco, Información sobre los programas específicos del CFD, Reglamento de Faltas y Llegadas Tarde, y Declaración para Recibir Tratamiento de Salud Mental.

Declaración para Tratamiento de Salud Mental

Una Declaración para Tratamiento de Salud Mental le informa a sus profesionales del cuidado de la salud sus preferencias sobre tratamiento de salud mental en caso de que usted esté incapacitado/a para tomar esas decisiones por sí mismo/a.

- La siguiente afirmación se aplica a mi situación (por favor marque una):
 - Ya llené una Declaración para Tratamiento de Salud Mental.
 - Me gustaría llenar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental. Sé que puedo solicitar una copia impresa o buscarla en el sitio de internet del CFD.
 - Quisiera obtener más información sobre la Declaración para Tratamiento de Salud Mental durante mi evaluación.
 - Prefiero no llenar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental en este momento.

Declaración de Voluntad Anticipada

La Declaración de Voluntad Anticipada le informa a sus profesionales del cuidado de la salud sus preferencias sobre qué nivel de intervención médica desea obtener si se encuentra muy enfermo/a, en peligro de muerte e incapacitado/a para tomar estas decisiones por sí mismo/a. También le permite nombrar una persona que tome decisiones por usted, con quien haya comentado sus deseos por anticipado.

- La siguiente afirmación se aplica a mi situación (por favor marque una):
 - Ya llené una Declaración de Voluntad Anticipada.
 - Me gustaría llenar una Declaración de Voluntad Anticipada. Sé que puedo hablar con mi médico de cabecera (primary care provider) o llamar a Decisiones de Salud de Oregón al 1-800-422-4805.
 - Quisiera obtener más información sobre la Declaración de Voluntad Anticipada durante mi evaluación.
 - Prefiero no llenar una Declaración de Voluntad Anticipada en este momento.

Programación de Citas y Cancelaciones

- Me comprometo a asistir a las citas programadas con mi terapeuta.
- Daré aviso con al menos 24 horas de anticipación si necesito cancelar una cita.
- Comprendo que si falto a varias citas, es posible que la agencia se rehúse a proporcionarme servicios.

Mi firma significa que leí y comprendí este formulario y tuve la oportunidad de aclarar mis dudas.

El CFD proporciona servicios a todos los individuos que califican para ellos sin distinción de raza, etnia, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, religión, creencias, origen nacional, edad (excepto cuando ciertos programas sólo se aplican a niños, adultos, adultos mayores), estado familiar, estado civil, fuente de ingresos, o discapacidad.

Declaración de Derechos Individuales

Además de todos los derechos constitucionales y reglamentarios que se aplican, todo individuo que reciba servicios tiene el derecho de:

- A. Elegir los servicios y apoyos que sean coherentes con su evaluación y plan de servicios, culturalmente competentes, proporcionados en el ámbito más integrado a la comunidad y bajo condiciones que sean las menos restrictivas para el individuo, y que permitan el mayor grado de independencia;
- B. Ser tratado con dignidad y respeto;
- C. Participar en el desarrollo de un plan de servicios por escrito; recibir servicios coherentes con dicho plan y participar en una revisión y reevaluación periódica de los servicios y apoyos necesarios; asistir en el desarrollo del plan, y recibir una copia impresa del plan de servicios;
- D. Que se le expliquen todos los servicios, incluyendo los resultados esperados y los riesgos posibles;
- E. Confidencialidad y el derecho de dar su autorización para revelar su información de salud según las leyes ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50;
- F. Dar su autorización informada por escrito antes del inicio de servicios, excepto en casos de emergencia médica u otras situaciones permitidas por la ley. Los menores de edad podrán dar su autorización para recibir servicios bajo las siguientes circunstancias:
 - a. Si son menores de 18 años y están legalmente casados;
 - b. Si tienen por lo menos 16 años de edad y han sido legalmente emancipados por la corte; o
 - c. Si tienen por lo menos 14 años de edad, para recibir servicios ambulatorios exclusivamente. Para el propósito de la autorización informada, los servicios ambulatorios no incluyen ningún servicio provisto en un programa residencial, o programas de hospitalización diurna o parcial;
- G. Inspeccionar su expediente de servicios como lo indica la ley ORS 179.505 y tener acceso dentro de un plazo razonable a los reportes impresos;
- H. Negarse a participar en experimentos;
- I. Recibir medicamentos específicos para las necesidades clínicas diagnosticadas del individuo, incluyendo medicamentos utilizados para tratar la dependencia de los derivados del opio;
- J. Recibir previo aviso de la conclusión o transferencia de servicios, a menos que las circunstancias que ocasionen la necesidad de concluir o transferir representen una amenaza para la salud y la seguridad;
- K. Estar libre de abuso o negligencia y reportar cualquier incidente de abuso o negligencia sin sufrir represalias;
- L. Libertad de religión;
- M. Estar libre de reclusión y restricción;
- N. Ser informado al iniciarse los servicios, y tan frecuentemente como se solicite a partir de ese momento, de los derechos garantizados por el reglamento;
- O. Ser informado de las políticas y procedimientos, los acuerdos de servicio y las cuotas aplicables a los servicios provistos, y contar con la asistencia de uno de los padres con custodia legal, tutor o representante para comprender cualquier información presentada;
- P. Que un familiar o tutor participe en la planeación y proporcionamiento de servicios;
- Q. Formular una declaración para tratamiento de salud mental, si se es mayor de edad;
- R. Poner quejas, incluyendo apelar ante decisiones tomadas a partir de la queja;
- S. Ejercitar todos los derechos estipulados en los estatutos ORS 109.610 al 109.697 si el individuo es menor de edad, tal como lo definen estas reglas;
- T. Ejercitar todos los derechos estipulados en el estatuto ORS 426.385 si el individuo está bajo la custodia del DHS (Departamento de Servicios Humanos, por sus siglas en inglés); y
- U. Ejercitar todos los derechos sin ninguna forma de represalia o castigo.

CENTRO DEL DESARROLLO FAMILIAR PRACTICA DE PRIVACIDAD

Este documento describe como su información clínica es usada compartida con otros profesionales y con usted puede tener acceso a esta información. POR FAVOR REVISE DOCUMENTO CON ATENCION

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, por favor dirija su(s) pregunta(s) a Shanti Ríos, La encargada oficial de asuntos de Privacidad para el Centro del Desarrollo Familiar, 1258 High Street, Eugene, OR 97401, 541/342-8437

Quien sigue estas reglas

La Práctica de Privacidad es respetada por todos los empleados de CFD.

Información de salud

Las regulaciones en este documento son aplicadas a toda información relacionada con su salud, su estado y los servicios que usted recibe a través de la agencia. Esta información puede ser producida o recibida por la agencia, en forma escrita, oral o electrónica e incluye su historial médico, su estado de salud, síntomas, chequeos, diagnósticos, tratamientos, procedimientos y cualquier información relacionada con su salud.

La ley nos ordena distribuir esta información. Le diremos en que circunstancias divulgamos información que debe ser protegida y le informamos sus derechos y nuestra obligación legal en cuanto a la divulgación de dicha información.

En que situaciones debemos divulgar su información de salud sin su autorización

- **Tratamiento.** Nosotros podemos usar y divulgar su información de salud para darle/coordinar/manejar su tratamiento u otros servicios. También podemos divulgar su información de salud a otros proveedores de servicio que no son empleados por CFD.
- **Costo.** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para cobrar o coleccionar pagos de usted o su plan de salud por los servicios que usted o su familia hallan recibidos. Por ejemplo, podremos necesitar dar información a personas que manejan su plan de salud cuando usted reciba servicios de nosotros para obtener pago o reembolso de su plan de salud. También podemos informar acerca de tratamientos que usted recibirá para conseguir una pre-autorización y así determinar si su plan de salud cubre o no los gastos del tratamiento.
- **Uso de su información dentro de la agencia.** Podremos usar y divulgar información de su salud para nuestras operaciones internas. Por ejemplo, podemos usar su historial clínico para evaluar el servicio proveído por nuestro personal o decidir servicios adicionales. Esto es una forma de asegurar que usted recibe servicios de calidad.
- **Tal como lo es permitido por la ley.** Divulgaremos su información médica cuando sea requerido por la ley federal, estatal o local.
- **En prevención de amenazas a su salud y seguridad.** Nosotros podremos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad suya o de otra persona.

Para los clientes del Programa de Alcohol y Drogas: La ley Federal y estatal requiere de su permiso por escrito cada vez que CFD necesite divulgar cualquier información sobre su tratamiento. En la forma usted será informado (a) quien recibirá la información, la razón por la cual es solicitada y el tiempo en que la forma será revocada. Usted puede cambiar o cambiar el contenido total o parcial de la forma en cualquier momento. Sin embargo, si usted no puede mantener los requisitos para su tratamiento, pagos o el cuidado de su salud, podremos decidir discontinuar tratamiento y servicios para usted o su familia.

En la mayoría de casos, necesitaremos su permiso por escrito para divulgar información específica a abuso de sustancias salud mental información de SIDA/VIH, incluyendo las situaciones siguientes.

Usos y divulgaciones de su información en casos especiales

Podremos usar o divulgar su información sobre su salud por las razones siguientes, en las cuales requisitos y limitaciones legales son aplicados. Por favor háganos saber si usted no quiere llamadas de cortesía recordándole su cita, o recibir información de otros tratamientos o servicios de salud. Si usted expresa verbalmente o por escrito que no desea ser contactado, no usaremos o divulgaremos su información en estas situaciones.

- **Recordatorio de citas.** Podremos usar y divulgar la información sobre su salud para recordarle de sus citas.
- **Tratamientos alternativos y otros servicios de salud.** Podremos informarle de otras opciones de tratamiento o productos médicos o servicios de su interés.
- **Estudios.** Podremos usar o divulgar información sobre su salud para propósitos de estudio. En estos casos, existe un proceso especial en el cual pedimos su permiso por escrito si nuestro equipo tiene acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad o servicios que recibe de nosotros.
- **Información que no revele su identidad.** Podremos usar o divulgar información acerca de su salud sin incluir su información personal o revelar quien es usted.
- **Personal militar, Veteranos, seguridad nacional y personal de inteligencia nacional.** Si usted actualmente pertenece o perteneció a las fuerzas armadas o miembro de la seguridad nacional o de la inteligencia nacional, podremos ser obligados por el mando mayor u otra autoridad de gobierno a revelar información sobre su salud. Podremos revelar información de personal militar extranjero a la correspondiente autoridad extranjera.
- **Compensación de trabajadores.** Podremos divulgar información acerca de su salud programas de compensación a trabajadores o semejantes. Estos programas ofrecen beneficios para enfermedades o danos físicos ocurridos en el trabajo. Esto no aplica a los clientes del programa de Alcohol y Drogas para adultos o adolescentes.
- **Riesgos de Salud Pública.** Podremos divulgar su información medica para actividades de salud publica, incluyendo la prevención y control de enfermedades, heridas, o incapacidades; o para reportar nacimientos, muertes, sospechas de abuso o negligencia, danos físicos premeditados, reacción a medicamentos o problemas con otros productos médicos.
- **Actividades de salud publica.** Podremos divulgar su información médica para actividades de salud pública como auditoria, investigaciones,

inspecciones para licencias. Estos usos de su información médica podría ser requerida por la ley estatal y federal para supervisar los programas de cuidado medico ofrecido por el gobierno y para cumplir con las leyes de derecho civiles.

- **Familiares y amigos.** Si usted lo desea podremos dar información sobre su salud a sus familiares y amigos. Además, es entendido que usted estará de acuerdo en que le demos su información personal y de su salud a su espósal cuando el/ella le acompañe a su cita o al discutir su tratamiento.
En situaciones en las que usted no puede dar su consentimiento (porque no este presente o debida a una incapacidad o una emergencia medica) podremos usar nuestra opinión profesional para divulgar información medica a sus familiares o amigos. En ciertas situaciones podremos divulgar su información de salud a la persona encargada de su cuidado medico. Por ejemplo, podremos informar a la persona que le acompañe al servicio de emergencia.

Ostros usos y divulgaciones que requieren su autorización en escrito

No podremos usar o divulgar ninguna información acerca de su salud a menos en las situaciones mencionadas arriba en las cuales usted ha dado su *Autorización* por escrito. Dicha *Autorización* puede ser cancelada por escrito en cualquier momento. Si usted cancela su *Autorización*, no podremos usar o divulgar información acerca de su salud en futura situaciones, pero no podremos retirar información divulgada antes de cancelar su *Autorización*.

Sus derechos de privacidad

- **El derecho de inspeccionar y de hacer copias.** En la mayoría de casos, usted tiene el derecho de inspeccionar y de obtener copias de su información de salud.
Para tener acceso a su información, usted debe de solicitarlo por escrito ala persona designada por CFD como oficial de privacidad. Un cargo extra por copias y cargos postales o de papelería será cargado a su cuenta.
Podremos negarle su petición en ciertas circunstancias limitadas. Si negamos su petición, usted puede solicitar una revisión de su caso. Si la ley le concede la revisión, un profesional licenciado en el cuidado de su salud para que revise su petición y será la misma persona que negó su petición y nosotros cumpliremos con el resultado de la revisión.
- **Derecho a enmendar.** Si usted piensa que la información de salud que tenemos de usted es incorrecta o incompletos usted tiene el derecho de pedir que se haga una enmienda razonable por el tiempo que nosotros mantengamos su información.
Para pedir una enmienda, complete y presente una “enmienda a su reporte clínico/Forma de corrección” al oficial de privacidad de CFD.
Nosotros podremos negar su petición si no es hecha **por escrito** o no incluye la razón de su petición. Si negamos su petición, nosotros le enviaremos una carta que le dirá porque negamos su petición de enmendar y como solicitar una revisión de su caso. Podremos también negar su petición si usted pide enmendar información que:
 - Nosotros no producimos, a menos que la persona o agencia que produjo la información ya no esta para hacer los cambios.
 - No es parte de la información que mantenemos.
 - Usted no es permitido(a) a inspeccionar o hacer copias.
 - Es correcta y completa.
- **El derecho a una lista de divulgaciones.** Usted tiene derecho de pedir una contabilidad de ciertas divulgaciones de la información a cerca de su salud hechas por nosotros. Esta lista de divulgaciones de su información clínica han sido hechas por razones de tratamiento, pagos, u operaciones del cuidado de salud y en circunstancias que incluyen seguridad nacional, correccionales y divulgaciones que fueron hechas con su permiso escrito.
Para obtener esta lista, usted debe presentar su petición **por escrito** al oficial de privacidad de CFD. Debe de estipular un periodo de tiempo no más de 7 años y no debe ser antes del 14 de Abril del 2003. Su petición debe indicar como quiere la lista (por ejemplo en papel o electrónicamente.) La primera lista que usted solicite durante un periodo de un ano es gratis. Por copias adicionales CFD requiere un pago extra. Usted será informado del costo por copia para que usted decida y quiere la copia o no.
- **Derecho a pedir restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir poner límites a la información que podría ser usada o divulgada acerca de su tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de su salud. También tiene el derecho de pedir ciertos límites a la información que podría ser divulgada sobre usted. Por ejemplo, usted puede pedir ni divulgar cierta información a una persona especifica.
Nosotros podremos no estar de acuerdo con usted. Si esto sucede, cumpliremos con su petición a menos que la información sea necesaria para proveerle con tratamiento de emergencia.
Para solicitar restricciones, usted debe llenar la forma “Petición de restricción del información clínica” con el oficial de Privacidad de CFD.
- **Derecho a pedir comunicaciones coincidentalmente.** Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos sobre su salud con usted de una manera en particular. Por ejemplo, usted puede pedirnos que solo le contactemos a su trabajo o por correo.
Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe llevar la forma “Petición de restricción del información clínica” y/o “Comunicación confidencial” con el oficial de Privacidad de CFD. Usted no debe explicar el porque de su petición. Estaremos de acuerdo con la petición si es razonable. Su petición debe incluir en la forma que lo podemos contactar.
- **Derecho a obtener una copia de este aviso.** Usted tiene el derecho de recibir una copia escrita de este aviso. Si no ha recibido una copia, la puede pedir en cualquier momento.
Copias de este aviso están disponibles a través de oficial de Privacidad de CFD.

Cambios a este aviso

Reservamos el derecho de cambiar este aviso. El aviso estará disponible con la fecha de revisión en la esquina derecha de arriba. Usted tiene derecho a una copia del aviso cuando ocurra algún cambio.

Quejas

Si usted cree que los derechos de su privacidad han sido violados, usted puede quejarse con nuestra oficina administrativa o con la Secretaria del Departamento de salud y Servicios Humanos. Para someter una queja con nuestra oficina, comuníquese con Shanti Ríos, Administradora y Oficial de Privacidad de CFD 1258 High Street, Eugene, OR 97401 o 541/342-8437. Usted no será penalizado(a) por someter una queja.

Center for Family Development Crisis Services

541/342-8437

Center for Family Development's (CFD) telephone is answered 8:00 am to 5:30 pm. After hours, there is an answering service who takes calls. In the case of a crisis, the Receptionist or answering service will contact your assigned therapist. If your therapist can not be reached, the on-call therapist will be contacted.

Other Crisis Resources

(These crisis resources should be contacted only after CFD's on-call system has been utilized.)

White Bird Crisis Line: 541/687-4000

Children & Adolescent Crisis Response Program: 888/989-9990

If case of a medical emergency, call 9 1 1.

Servicios para Crisis

541/342-8437

El teléfono de CFD es contestado desde las 8:00 de la mañana hasta las 5:30 de la tarde. Después de estas horas, hay un servicio de contestación que recibe las llamadas. En caso de una crisis, la Recepcionista o servicio de contestación contactara a su terapeuta.

Otros Recursos de Crisis

(Estos recursos de crisis deben ser contactados solo después de que el Sistema de llamadas de guardia de CFD haya sido utilizada.)

White Bird Linea de Crisis: 541/687-4000

**Programa de Respuéstas a Crisis para Niños
y Adolescentes: 888/989-9990**

En caso de una emergencia médica, llamar al 9 1 1

Centro para el Desarrollo Familiar
Reglamento sobre Faltas, Cancelaciones Tarde y Llegadas Tarde

Para asegurarnos de proporcionar un servicio adecuado y consistente, es importante que usted asista a todas sus citas.

Si no puede asistir a alguna de ellas, por favor llame al 541-342-8437 con al menos 24 horas de anticipación para cancelar.

Faltas

1^{era} Falta: Si usted no llama con al menos 24 horas de anticipación y no llega a su cita, su terapeuta le llamará para recordarle estas reglas de la agencia y comentar qué es lo que le impide asistir a sus citas.

2^a Falta: Es posible que usted pierda su cita y/o no pueda programar una nueva cita. Tendrá que llamar para averiguar si hay una cita disponible ese día.

3^a Falta: Es posible que cerremos su expediente.

Llegadas Tarde

Si usted llega más de 15 minutos después del horario en que estaba programada su cita, es posible que su terapeuta no pueda atenderlo/a y tendrá que reprogramar la cita.

Cancelaciones Tarde

Una cancelación realizada demasiado tarde (menos de 24 horas antes de una cita programada) se considerará igual que una falta.

Después de tres (3) faltas o cancelaciones tarde, es posible que cerremos su expediente.

CENTRO DEL DESARROLLO FAMILIAR
1258 HIGH STREET
EUGENE, OREGON 97401

Aviso Sobre el Proceso de Quejas

Uno de sus derechos como individuo que recibe servicios y apoyos del Centro para el Desarrollo Familiar (CFD, por sus siglas en inglés) es expresar sus preocupaciones o presentar una queja. La política del CFD es de intentar resolver las quejas dentro de 30 días del calendario para que usted se sienta satisfecho/a. Tiene el derecho de poner una queja sin miedo a recibir represalias o amenazas de ningún tipo. Su queja será procesada de manera confidencial.

Si usted necesita expresar una preocupación o queja, por favor contacte a nuestra oficina al **541-342-8437** y lo/la pondremos en contacto con la Coordinadora de Calidad en Administración de CFD, quien responderá a sus preocupaciones directamente o las comentará con un supervisor.

Si desea presentar una queja por escrito, por favor solicite una copia del Formulario de Quejas en la oficina principal o envíe una carta expresando su queja por correo al la Coordinadora de Calidad en Administración. Por favor asegúrese de incluir cuál es el resultado que desea obtener.

**¿Le gustaría que le ayudáramos a comprender o a completar el proceso de quejas?
Por favor pida ayuda en la oficina y alguien le atenderá.**

PARA ASISTENCIA ADICIONAL, LLAME A LOS SIGUIENTES NÚMEROS	
Centro para el Desarrollo Familiar 541-342-8437	Derechos de las Personas con Discapacidad— Oregón 800/452-1694
La Oficina de Defensoría del Gobernador 541/945-6904	Ombudsperson de la Autoridad de Salud de Oregón 877/642-0450
Si usted recibe servicios por medio de Trillium Health Plan: 541/485-2155 ó 800/910-3906 TTY: 866/279-9750	Si usted recibe servicios por medio de PacificSource Community Solutions: 503/210-2515 ó 800/431-4135 TTY: 800/735-2900

Proceso Express: Usted puede solicitar que su queja sea procesada con mayor rapidez si el tema de la queja es algo que puede causarle algún daño antes de que se cumplan los 30 días que el proceso suele tardar. El Coordinador de Control de Calidad revisará su queja y responderá por escrito a más tardar 48 horas después de recibir la queja. La respuesta escrita incluirá información sobre el proceso de apelaciones.

Proceso de Apelaciones: Si usted no está satisfecho/a con la decisión tomada, puede solicitar una apelación durante los siguientes 10 días hábiles después de recibir la respuesta del Coordinador de Control de Calidad. Por favor contacte a Servicios Humanos y de Salud del Condado de Lane o a la Autoridad de Salud de Oregón a los números incluidos en el cuadro anterior. Recibirá una respuesta escrita a su apelación 10 días hábiles después de que haya entregado su solicitud. Si no está satisfecho/a con la decisión tomada, puede solicitar una segunda apelación.

CENTRO PARA EL DESARROLLO FAMILIAR
1258 HIGH STREET
EUGENE, OREGON 97401

FORMULARIO DE QUEJAS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre, el padre o tutor (si es relevante): _____

Nombre del Terapeuta: _____

Por favor describa su queja (puede utilizar páginas adicionales, si es necesario, o adjuntar documentos): _____

¿Qué cree usted que debemos hacer para resolver su queja? _____

Si usted ha comentado su queja con algún miembro del personal del CFD, por favor apunte el nombre de esa persona aquí: _____

Firma de la persona que pone la queja

Fecha

ESTA INFORMACIÓN SÓLO SE APLICA A ADULTOS:

Declaración para Tratamiento de Salud Mental

El Centro para el Desarrollo Familiar tiene la obligación de informarle que usted tiene el derecho y la oportunidad de formular una Declaración para Tratamiento de Salud Mental.

Una Declaración para Tratamiento de Salud Mental le permite a los profesionales de salud conocer sus preferencias sobre el tratamiento de salud mental si usted alguna vez no puede tomar estas decisiones por sí mismo/a. También le permite nombrar a una persona que lo/a represente y pueda abogar por sus decisiones.

Si desea más información sobre este tema, coméntelo con su terapeuta. Su terapeuta le puede entregar una copia de **Una Guía sobre la Declaración para Tratamiento de Salud Mental en Oregón**.

Inscripción para votar

El Centro para el Desarrollo Familiar tiene la obligación de informarle que usted tiene el derecho y la oportunidad de inscribirse para votar. Si no se ha inscrito aún para votar, los formularios de inscripción se encuentran en el vestíbulo, o puede solicitarlos hablando con la recepcionista. Después de llenar el formulario, la recepcionista puede enviarlo por correo.

**COPIA PARA
EL ARCHIVO**

Centro para el Desarrollo Familiar
1258 High Street, Eugene, OR 97401 541-342-8437 / fax 541-342-1639

Autorización para Revelar e Intercambiar Información Confidencial y Protegida

(Nombre de la persona cuyo expediente será revelado, o especificación de la información a revelarse)

(Fecha de nacimiento)

Marque una: Intercambiar información con Proporcionar información a Recibir información de

Agencia o nombre del individuo autorizado: _____

Teléfono/Fax: _____

Información que será revelada:

Yo autorizo que el Centro para el Desarrollo Familiar revele la siguiente información de mi expediente, a menos de que yo indique lo contrario a continuación.

Por favor marque con sus **iniciales** las categorías de información que usted NO desea que el CFD comparta:

- _____ Información sobre salud mental
- _____ Información sobre diagnóstico, tratamiento o recomendación sobre adicciones
- _____ Información sobre VIH/SIDA
- _____ Información sobre exámenes genéticos

Restricciones (opcionales):

Incluir SÓLO la siguiente información: _____

El propósito de esta autorización es de:

Coordinar servicios Cumplir con la petición del individuo/tutor(a) Otro: _____

Yo comprendo que mi expediente está protegido por las leyes estatales (ORS 192.553-192.581, ORS 179.505) y las reglas federales de privacidad contenidas en el Acta de Portabilidad y Responsabilidad para Compañías de Seguros de Salud (HIPAA), 45 CFR Partes 160 & 164. Comprendo que la información que aquí se especifica será revelada según esta Autorización.

Para individuos que participan en el Programa de Rehabilitación de Adicciones del CFD, la confidencialidad de este expediente está protegida por la ley federal 42 CFR Parte 2. Cualquier información que identifique a un individuo que participa en el Programa de Rehabilitación no puede ser revelada sin su consentimiento por escrito, excepto en circunstancias limitadas especificadas en dichas leyes. La ley federal 42 CFR Parte 2 prohíbe la revelación no autorizada de los expedientes del Programa de Rehabilitación.

Comprendo que el CFD no tiene control sobre la posible revelación de la información por parte del individuo o la agencia que reciba la información bajo autorización. Comprendo que el CFD no puede condicionar los servicios, pagos, inscripción en un plan de seguro de salud, o acceso a beneficios con base en si firmo o no esta Autorización.

Entiendo que esta Autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento, pero tal revocación no se aplicaría a ninguna información revelada mientras la Autorización haya estado en vigor. Si decido revocar esta Autorización antes de su fecha de caducidad, comprendo que deberé hacerlo por escrito, entregando un aviso a mi terapeuta o a la persona encargada de expedientes en el CFD. A menos que sea revocada, esta Autorización permanecerá vigente hasta **90 (noventa) días después de concluidos los servicios.**

Indique una: No necesito una copia de esta Autorización Se me ha entregado una copia de esta Autorización

Yo entiendo que mi firma a continuación autoriza el intercambio de información y expedientes solamente entre los individuos y agencias designados en la parte superior de este formulario.

Firma

Fecha

Firma del Representante Personal

Fecha

Definición del Representante Personal:

Para adultos: Una persona con autoridad legal para tomar decisiones de salud en nombre del adulto. Se requerirá documentación para comprobarlo.

Para jóvenes: Un padre, madre, tutor u otra persona que actúe en el papel de los padres con autoridad legal para tomar decisiones de salud en nombre del menor de edad. Se requerirá documentación para comprobarlo.

Nombre impreso del Representante Personal

Relación con el individuo

Información sobre el uso del tabaco

- La adicción al tabaco es la más común en los Estados Unidos.
- Por cada 5 muertes por año en este país, por lo menos 1 se debe al uso del tabaco.
- Fumar causa 9 de cada 10 muertes (90%) por cáncer pulmonar.
- Fumar causa casi todos los casos de enfermedad crónica obstructiva pulmonar (COPD, por sus siglas en inglés), asma, bronquitis crónica y enfisema.
- Los fumadores tienen el doble de probabilidades de morir a causa de un derrame o ataque cardíaco, comparados con los no fumadores.
- Los fumadores faltan a más días de trabajo que los no fumadores.
- Fumar también es un factor de riesgo para el cáncer bucal, faríngeo, estomacal, pancreático, renal, de la vejiga, cervical, hepático, del esófago, uterino, del colon y la leucemia.
- Cada día casi 6,000 niños y jóvenes menores de 18 años comienzan a fumar; de ellos, casi 2,000 se convertirán en fumadores regulares. Esto suma 800,000 niños y jóvenes anualmente.
- Aproximadamente el 90 por ciento de los fumadores comienza a fumar antes de los 21 años de edad.
- Los adolescentes que fuman regularmente pueden tener tanta dificultad para dejar de fumar como quienes llevan muchos años fumando.
- De los adolescentes que han fumado al menos 100 cigarros en su vida, la mayoría reporta que le gustaría dejar de fumar, pero no ha podido hacerlo.

Dejar de Fumar: Cómo sobrellevar los antojos... sin fumar

La nicotina, tu cuerpo y tu mente

- Como fumador/a estás acostumbrado/a a tener cierto nivel de nicotina en tu cuerpo. Tú controlas ese nivel por medio de la cantidad de cigarros que fumas, la profundidad con la que inhalas el humo, y el tipo de tabaco que utilizas. Al dejar de fumar, se te “antojan” los cigarros cuando tu cuerpo siente que necesita más nicotina.
- Cuando te expones a estímulos que te despiertan los antojos, o incluso si usas una pequeña cantidad de nicotina, tu estado de ánimo cambia, y los antojos del tabaco pueden aumentar, así como aumentan tu pulso y tu presión sanguínea. Los antojos son reales y NO ESTÁN “sólo en tu imaginación”.

Qué puedes esperar cuando recién dejas de fumar

- Los antojos usualmente comienzan una o dos horas antes de dejar de fumar, alcanzan una intensidad máxima durante varios días, y pueden durar hasta varias semanas.
- Las ganas de fumar van a ser variables, a veces aumentarán, otras disminuirán, y a veces no las sentirás en absoluto. Tus antojos serán más intensos durante la primer semana después de dejar de usar el tabaco. Los antojos suelen durar poco tiempo.
- Es posible que también sientas antojos breves pero sucesivos. Conforme pasen los días, los antojos te ocurrirán con menos frecuencia. Hay evidencia de que algunos antojos leves y ocasionales pueden durar hasta 6 meses.

Qué hacer cuando tienes un antojo

- Recuerdate a ti mismo/a que los antojos son pasajeros.
- Como sustituto de fumar, intenta masticar zanahorias, pepinillos, semillas de girasol, manzanas, apio, chicle o dulce sin azúcar. El mantener tu boca ocupada puede ayudarte a vencer la necesidad psicológica de fumar.
- Prueba este ejercicio: Respira profundo por la nariz y exhala lentamente por la boca. Repite 10 veces.
- Evita situaciones y actividades (como beber alcohol) que sueles asociar con el acto de fumar.

Opciones de sustitución de nicotina

- Los antojos de fumar pueden reducirse utilizando algunos productos de sustitución de nicotina, los cuales emiten dosis pequeñas y constantes de nicotina en el cuerpo.
- Los parches, chicles, pastillas, aspersores nasales e inhaladores de sustitución de nicotina parecen tener el mismo nivel de efectividad.
- Ciertos medicamentos que requieren receta y métodos alternativos como la hipnosis, acupuntura y acupresión han demostrado ser útiles en el control de las ganas de fumar.

Cómo obtener ayuda

- Desarrolla un plan para dejar de fumar con la ayuda de tu terapeuta de CFD.
- Contacta a la Línea Oregonense para Dejar de Fumar al (877) 270-7867 o en la siguiente dirección de internet: www.oregonquitline.org

Esta hoja informativa fue adaptada con base en los materiales desarrollados por el Programa de Educación y Prevención del Uso del Tabaco del Departamento de Servicios de Salud de Arizona, la Línea de Ayuda para Fumadores de Arizona y la Universidad de Arizona.