

Center for Family Development



Serving the community since 1991

CENTRO PARA EL DESARROLLO FAMILIAR

**La Clínica de Educación
Paquete de Orientación**

Center for Family Development

Junta Directiva

Presidente: Kip Leonard, JD
Vicepresidente: Therese Fraser
Secretario/Tesorero: Michael Stearns
Miembros con Voto:
Jessica Champion, LMFT CADC I;
Scott Halpert, MD; Ian Kimball;
Alan Levine, MA; Michael Reaves, MD

Director

David Mikula, LCSW, CADC III, NCAC II

Directora Asistente

Shanti Rios

Programas de Salud Mental Para Pacientes Ambulatorios

Rustie Anderson, LCSW

Programas de Rehabilitación por Trastornos y Consumo de Sustancias

Noni Allerdice, MS, CADC I
Shelia Stigall, LCSW, CADC I

Programa - DUII

Manejando Bajo Influencia de Sustancias Tóxicas

(Por sus siglas en Inglés)

Zak Nussbaum, CADC I

Programa Integracional de la Salud

Megan Post, CSWA

Servicios de Salud Mental

Por el Departamento Juvenil

Taylor Ossana, CADC I; Melissa Westerman

SOAR Programa de Rehabilitación para Agresores Sexuales (Por sus siglas en Inglés)

Abbey Gamache, LCSW

La Clinica de Educacion

Kristen Swanson

Center for Family Development

Información General:

Horario: Lunes a Viernes

8:00 am - 5:30 pm

Teléfono: (541) 342-8437

Sitio de internet: www.c-f-d.org

Dirección:

1258 High Street
Eugene, OR 97401

Instalaciones:

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

Pearl Street Health Home

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

Edificio Principal (Administración)

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

Centro para el Desarrollo Familiar

CLÍNICA COMUNITARIA DE
SALUD MENTAL Y SERVICIOS DE
REHABILITACIÓN DE
ALCOHOLISMO Y OTRAS
ADICCIONES



541/342-8437

MISIÓN

El CFD colabora respetuosamente con diversos individuos y familias para identificar y acceder a sus talentos y recursos internos con el fin de enriquecer sus vidas así como su participación en la comunidad.

El CFD se asegura de proveer un tratamiento eficaz brindando capacitación y educación a su personal e internos.

Centro para el Desarrollo Familiar

Servicios y Programas

Filosofía de Programas

El Centro para el Desarrollo Familiar (CFD, por sus siglas en inglés) se ha dedicado a apoyar los vínculos familiares desde 1991. Creemos que las familias sanas producen individuos sanos y reconocemos que existen muchas maneras de integrar una familia. El CFD cree en las metodologías con base en las cualidades positivas de las personas, centradas en los clientes, y basadas en las investigaciones más actuales.

El CFD se especializa en el tratamiento integral de condiciones de salud mental y adicciones. Por ende, utilizamos métodos biopsicosociales para responder a las necesidades clínicas de los individuos que sufren de adicciones y problemas de salud mental.

Nuestro personal consiste de terapeutas de nivel maestría que han sido certificados como Profesionistas Calificados de Salud Mental. Todos los terapeutas son supervisados por psicólogos, asociados de psicología, trabajadores sociales clínicos y terapeutas familiares y de pareja que han obtenido licencia en el Estado de Oregón.

Descripción de Programas

Estos servicios están disponibles para clientes bajo la cobertura del Plan de Salud de Oregón y varios seguros privados. También ofrecemos servicios con tarifa flexible por medio de la Clínica de Internos para individuos que no cuentan con seguro médico.

El CFD trabaja con problemas relativos a las transiciones individuales y familiares, incluyendo el divorcio, duelo, abuso de menores, abuso sexual de menores, adaptación a una familia mixta (a un padrastro, madrastra y/o hermanastros nuevos), dificultades en las relaciones, y el desarrollo personal.

Los terapeutas del CFD también trabajan con problemas relativos a los adolescentes en riesgo, como la delincuencia, hijos/as que se han escapado de casa, la ansiedad, depresión, impulsividad, manejo de la ira, trastornos alimenticios e imagen corporal, relaciones interpersonales, baja autoestima, dificultades en la escuela, y otros problemas relativos a la adaptación de los niños/as, adolescentes y familias a nuevas circunstancias.

Dado que cada problema es único, utilizamos varias técnicas terapéuticas y ofrecemos muchos programas diferentes. Los siguientes programas fueron desarrollados con una perspectiva integral con el fin de apoyar al individuo, su familia y sus relaciones comunitarias:

Servicios de Salud Mental para Adultos y Menores de Edad:

Los individuos pueden recibir terapia individual, grupal o familiar. Los individuos típicamente se reúnen con sus terapeutas semanal o quincenalmente en nuestra oficina, o cuando es necesario, en la comunidad. Este programa también ofrece los siguientes grupos para adultos:

- Grupo para Lidar con la Depresión y la Ansiedad Utilizando Técnicas Cognitivas y de Meditación
- Grupo de Toma de Conciencia sobre la Conexión entre Mente y Cuerpo
- Grupo para Reducir el Dolor Crónico
- Grupo para Dejar el Uso del Tabaco
- Grupo para un Estilo de Vida Sano
- Grupo Cuerpo Sano para Mujeres (Para Sanar la Autoestima y Aprender a Honrar el Cuerpo)

Programas de Tratamiento Dual—Recuperación de Adicciones y Problemas de Salud Mental—Para Jóvenes y Adultos:

Los adultos y adolescentes reciben terapia grupal, individual y familiar para tratar el alcoholismo y otras adicciones. El CFD ofrece coordinación de recursos comunitarios, intervenciones terapéuticas para problemas de salud mental relacionados, apoyo para el cambio, adquisición y aplicación de habilidades, y prevención de recaídas. El programa para jóvenes se enfoca en que las familias estructuren y apoyen los comportamientos positivos del adolescente.

Servicios Psicológicos en el Departamento de Servicios Correccionales a Jóvenes (DYS, por sus siglas en inglés):

El CFD ofrece terapia familiar e individual, así como servicios de apoyo conductual a jóvenes y familias con problemas de salud mental involucrados con el sistema de justicia juvenil, incluyendo tratamiento comunitario intensivo y coordinación de servicios entre los supervisores de libertad condicional, las escuelas y otros servicios en la comunidad.

Estos servicios son provistos por medio del Programa de Tratamiento Reformativo “Phoenix”, el Centro Educativo y Vocacional Martin Luther King, y por medio de servicios de seguimiento posterior a la estancia en la institución de readaptación social y para jóvenes en periodo de libertad condicional.

Programa de Rehabilitación para Agresores Sexuales Adultos (SOAR, por sus siglas en inglés):

Para individuos adultos, voluntarios u obligados por la corte, con problemas de conducta sexual que buscan prevenir victimizaciones futuras y desarrollar su capacidad para la empatía, autorresponsabilización y respeto. Este programa cuenta con servicios de terapia familiar y moderación entre abusador y víctima. Este programa cumple con los requisitos establecidos por los programas de supervisión de libertad condicional.

Servicios por parte de Especialistas en Apoyo Conductual (BSS, por sus siglas en inglés):

Los Especialistas en Apoyo Conductual enseñan habilidades cotidianas y estrategias de superación a niños/as y adolescentes con problemas emocionales y conductuales severos. Los servicios se brindan en los contextos del hogar, la escuela y la comunidad.

Servicios de Apoyo Comunitario: Los proveedores en este programa son individuos que han experimentado el mismo tipo de problemas que los individuos y tenido éxito en su tratamiento. Ellos proveen apoyo emocional a individuos y familias interactuando con ellos en el contexto de la comunidad. Juntos pueden informalmente comentar los problemas, mejorar las estrategias de supervivencia, identificar las cualidades positivas y los talentos, visualizar y lograr la recuperación.

Clínica de Internos: Contamos con servicios de terapia para individuos sin seguro médico. Estudiantes de posgrado bajo supervisión brindan terapia con una tarifa flexible basada en los ingresos mensuales netos del cliente y su número de dependientes.

Favor de llamar a nuestras oficinas al 541-342-8437 para mayor información sobre cualquiera de nuestros programas o para programar una cita inicial. Nuestras horas de operación son de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:30 pm

COPIA PARA INDIVIDUAL

CENTRO PARA EL DESARROLLO FAMILIAR
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

- Si soy adolescente de 14 años de edad o mayor, tengo derecho de acceder a los servicios sin el consentimiento de mi padre, madre o tutor.
- Mi padre, madre o tutor participará en los servicios antes de finalizar, a menos que se niegue(n) o que haya razones clínicas de fuerza mayor para no involucrarlos, lo cual será explicado en mi expediente.

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.

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, sexo, identidad de género, presentación de género, orientación sexual, religión, creencias, origen nacional, edad, estado civil, discapacidad, o cualquier otro factor cuya discriminación está prohibida por ley o reglamento, excepto cuando ciertos programas sólo se aplican a niños, adultos, adultos mayores, a ciertas condiciones de familia o de 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;
 - a. Las solicitudes deben hacerse por escrito. El CFD proveerá copias dentro de un plazo razonable.
 - b. Es posible que se le pida al individuo que cubra los costos de los materiales y el tiempo utilizado por el personal para ubicar y fotocopiar el expediente, aunque no se negará el acceso en caso de no poder cubrir tales costos;
 - c. En caso de que la revelación del expediente sea dañina para los servicios, el acceso podría ser negado;
 - d. La inspección del expediente debe hacerse en presencia del terapeuta u otro personal clínico;
 - e. Si se encuentra algún error en el expediente, el individuo puede solicitar una enmienda;
- 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 espósalos 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.

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:

Toda la información que se menciona a continuación estará incluida en esta autorización si se marca con un "sí", a menos que sea restringida de las siguientes maneras.

Información sobre salud mental: Sí No
Información sobre diagnóstico, tratamiento o recomendación sobre adicciones: Sí No
Información sobre VIH/SIDA: Sí No
Información sobre exámenes genéticos: Sí No

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.