



Información del Cliente

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Dirección (Incluyendo número de Apt. y código Postal): \_\_\_\_\_
Podríamos comunicarnos con usted por correo? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_
Podríamos llamarle por teléfono? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ # Teléfono \_\_\_\_\_
Podríamos dejarle mensajes en su teléfono? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Texto#: \_\_\_\_\_
¿Podríamos comunicarnos con usted por E-mail? No \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_
El Correo electrónico de Open Door no es codificado. Se tomaran las precauciones necesarias para que no ocurran errores y que los correos electrónicos no sean recibidos por terceras personas.
Nombre de proveedores médicos de los que recibe servicios: \_\_\_\_\_
Farmacia que usa: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_
Nombre de su trabajadora de casos: \_\_\_\_\_

Para nuestra financiación necesitamos copia de su identificación, seguro medico y ingresos. Se le pedirá que llene esta información semi-anual.
Por favor marque todas las que aplican.
\_\_\_ Medicaid Pro venga una copia de ambos lados del documento
\_\_\_ Medicare Pro venga una copia
\_\_\_ Seguro medico Personal Pro venga copia de ambos lados del documento
\_\_\_ No tengo Asegurancia medica, Medicaid, o Asegurancia de Medicare. Necesito aplicar para la asistencia de descuento de Open Door.
La cantidad de ingresos mensuales que recibo es \_\_\_\_\_ Fuentes de ingresos \_\_\_\_\_
Porfavor provenga verificación de sueldo (talones de cheque o impuestos)
Porfavor provenga una copia de identificación
El numero de personas de las cuales soy legalmente responsable es: \_\_\_\_\_
Certifico que la información mencionada en este documento es correcta.
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nombre o Apodo Preferido:** \_\_\_\_\_

**Sexo al Nacer:** Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_

**Cual es tu identidad de genero actual?**

**Sexo:** Mujer\_\_\_ Hombre\_\_\_ Transgero que se idéntica como Mujer\_\_\_ Transgenero que se identifica como Hombre \_\_\_\_\_

**Que sexo figura en su Seguro de Salud o Gubernamental?**

Mujer \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_

**Cual es su orintacion sexual?** Homosexual \_\_\_\_\_ Heterosexual \_\_\_\_\_ Bisesual \_\_\_\_\_ Lesbina \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**Cual es tu raza?**

Afro Americano / Negro \_\_\_\_\_ Asiatico \_\_\_\_\_ Isleno del Pacifico \_\_\_\_\_ Hispano Latino \_\_\_\_\_

Caucasico/Blanco \_\_\_\_\_ Multiracial \_\_\_\_\_ Nativo Americano/Nativo de Alaska \_\_\_\_\_

**Cual es tu pais de nacimiento**

**Cual es tu idioma principal?**

Ingles \_\_\_\_\_ Espanol \_\_\_\_\_ Bilingue \_\_\_\_\_ Frances \_\_\_\_\_ Ruso \_\_\_\_\_ Polaco \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**Necesitas un interprete con usted durante sus citas con nuestros medicos?** Si / No

**Necesitas algun otro servicio especial o asistencia durante su cita con nosotros ?** Si / No

**Si su contestacion es Si, describa cualquier otra asistencia que pueda necesitar durante su citas con nosotros.**

**Tiene otras dificultades de aprendizaje o problemas para entenderlas cosas en la que usted pueda necesitar ayuda?** Si / No

**Es usted veterano ?** Si / No

**Es usted trabajador de temporada ?** Si / No

**Es trabajador inmigrante?** Si/ No

**Esta usted sin hogar?** Si/ No

**Tienes barreras para comunicarte en igles?** Si/No

**Tienes Problemas de Vision?** Si/ No

**Tienes Problemas de Audicion** Si/ No



### **Consentimiento del cliente para recibir servicios**

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participar en todos los planes de servicios mencionados, explicados y que se proveerán por el personal de Open Door y que ayudaran al acceso de fuentes de ayuda necesaria para su apoyo.

Entiendo que Open Door existe por el propósito de asistir a personas impactadas por el virus de VIH y para recibir un nivel de respaldo y apoyo, para un mejor manejo del estatus de VIH de las personas a quien la clínica sirve.

Entiendo que el programa de servicios incluye pero ni esta limitado a servicios médicos primarios, agnación de trabajadora social, evaluaciones, apoyo y respaldo, información y referencias a agencias externas, conserjería individual, de pareja y familiar, grupos de apoyo, dental y servicios educacionales.

Entiendo que toda información sobre y acerca de los servicios recibidos o por mi petición así como también las discusiones verbales con el personal de Open Door no serán reveladas sin mi consentimiento.

Estoy de acuerdo en respetar la confidencialidad de otros clientes o pacientes de la agencia y no revelare la información persona discutida en las sesiones de grupo fuera de esta agencia.

Entiendo que el personal de Open Door necesitara tener contacto con los clientes o pacientes por teléfono o visitarles en casa pero en estos casos no se revelara la naturaleza de esta visita o llamada a personas que no están autorizadas. He recibido una copia del documento "tus derechos y responsabilidades" y la forma de "procedimiento de queja"

La información confidencial del cliente esta es la parte más importante de la provisión de servicios de Open Door. Hace lo mejor para proteger la privacidad y confidencialidad de nuestros clientes. Esta póliza tiene como fin asegurar la confidencialidad e información de todos los clientes y definir los parámetros para dar información de nuestros clientes en una forma apropiada.

La información de cliente es cualquier información que pueda ser usada para identificar a algún paciente exactamente ya sea directamente o por otra información pública disponible. Identificación de información del cliente incluye lo siguiente: Nombre (ya sea nombre o apellido), numero de seguro social, fecha de nacimiento, descripción física o fotografía.

El dar la información es revelar la identidad, estatus de VIH o condición medica de cualquier cliente que recibe servicios al revelar información, formalmente o informalmente la cual puede identificar a un individuo como cliente ya sea directamente i por referencia a otra información publica disponible, es revelación de información privada. Como un proveedor identificado públicamente para proveer servicios a personas con VIH/SIDA, dictando a terceras personas que alguien es paciente de esta clínica es revelar información y violación de su confidencialidad.

Consentimiento para ceder información es una autorización del cliente para dar información especifica a alguien en particular para un propósito explicito. Antes de que cualquier información sea concedida u obtenida Open Door el cliente primeramente debe de estar informado por la razón de esta después el cliente debe de firmar una forma para autorizar el sedimento de información y para autorizar el personal el ceder o

obtener información consentimiento al cliente. El cliente puede negarse a firmar la forma para ceder información en cualquier momento y por cualquier razón.

El personal de Open Door, puede ceder información de un cliente sin su consentimiento o aprobación, bajo las siguientes circunstancias.

- Cuando halla una petición de un Juez o por orden de corte según la ley, Cuando los archivos del cliente sean pedidos por petición de una corte.
- En una situación de emergencia medica, en la cual se tenga que dar información medica (cuando hay sangre presente) Cuando el cliente, guardián, o persona encargada no pueda proveer el consentimiento.
- Por una regulación de la ley en la cual requiere ceder información, tal como el reporte de VIH por estado por fines estadísticos sin el consentimiento del cliente.

Psicoterapia, servicios psiquiátricos y otros servicios mentales son confidenciales. Nuestra organización no da ningún información que usted ceda, ni información sobre su tratamiento a personas o agencias fuera de Open Door sin su consentimiento por escrito, excepto cuando sea requerido por la ley

La ley requiere que informemos a otros fuera de la clínica cuando una de las siguientes condiciones existe.

- Cuando hay una sospecha o halla ocurrido algún abuso a un menor o anciano, no importando cuando el abuso halla ocurrido.
- Cuando hay una razón de ceder que un paciente podría lastimarse a si mismo(a) al menos de que el proveedor de servicios halla tomado las medidas necesarias.
- Cuando halla alguna razón o sospecha de que el paciente podría lastimar a alguien.

El personal medico podría supervisar a personas que estén obteniendo algún entrenamiento en Open Door.

Todos los supervisores han sido entrenados sobre guías profesionales ya mencionadas en la parte de arriba.

**Por otro lado Open Door no puede dar información sobre el estatus de VIH bajo ninguna circunstancia sin una forma para dar el permiso para ceder información.**

He leído y entiendo la información escrita específicamente en este documento, y doy mi consentimiento para tratamiento bajo las siguientes condiciones

\_\_\_\_\_ estoy de acuerdo

\_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo

Dar permiso a Open Door para contactarme Vía:

\_\_\_\_\_ Por correo (Dirección) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por teléfono (Numero telefónico) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Texto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cliente / Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal / Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Declaración de los Derechos y Responsabilidades del Cliente**

### **I. Descripción de los Servicios**

A. Atención Primaria: El cuidado médico de intervención temprana consiste en los servicios de médicos, nutrición pruebas, enfermeras, pruebas de laboratorio (limitadas), servicios de apoyo, salud mental y abuso de sustancias (evaluación, plan de tratamiento y recomendaciones), servicios dentales (evaluación, limpiezas y cuidado continuo), y remisiones para otros servicios de atención primaria.

B. Administración de casos: Proporciona una evaluación de las necesidades, desarrolla planes de servicio individualizado y búsqueda de apoyo para servicios de programas de beneficios y ayuda social, remisiones sobre recursos y otros servicios que se hacen parte del Programa de Administración de Casos.

### **II. Requisitos**

A. Administración de Casos / Terapias gratuitas / Tratamiento de Salud Mental – Abuso de Sustancias/ servicios de apoyo/ Cuidado Dental: Personas que tengan la enfermedad del VIH y que viven en el condado de Kane, Kendall, DeKalb, Suburban Cook, McHenry y condados circunvecinos.

B. Atención Primaria: Personas diagnosticadas con la enfermedad del VIH que no pueden asegurar atención médica por parte de doctores privados. La persona debe ser mayor de 16 años.

C. "Open Door" se reserva el derecho de limitar o negar cualquier servicio basado en la necesidad y cumplimiento de cada cliente.

### **III. Declaración de No Discriminación**

A las personas no les será negado el servicio debido a su raza, religión, sexo, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad, estado legal veterano, estatus o grupo social / económico, alfabetismo, falta de vivienda o problemas de sustancias o salud mental.

### **IV. Confidencialidad**

"Open Door" respeta sus derechos como individuo y considera la protección de estos derechos igualmente importante para la agencia. Estos derechos incluyen:

- A. El derecho a buscar ayuda a través de nuestros servicios, sin peligro de divulgación de información. No proporcionaremos ninguna información sobre usted o revelaremos ninguna información de su expediente sin su autorización.
- B. El derecho a tener un espacio privado para conversaciones, matriculas, conferencias, etc.
- C. Los clientes tienen la responsabilidad de respetar la privacidad y confidencialidad de otros clientes que estén recibiendo servicios en "Open Door", incluyendo el no hablar con otras personas fuera de las clínicas sobre clientes miembros.
- D. Open Door tiene la responsabilidad de transmitir información confidencial electrónicamente, ya sea por medio del correo electrónico o por medio de fax, para continuar con el cuidado y tratamiento médico. Para propósito de cobros. Se entiende que se tomarán las debidas precauciones para evitar que la información por vía fax o correo electrónico sea recibida erróneamente por una tercera persona.  
El uso de fax o correo electrónico será limitado para:
  - 1. Comunicación con los doctores de Open Door para continuar con el cuidado médico entre las clínicas.
  - 2. Para propósitos de cobros a tacheras personas, seguros médicos, Seguros Médicos Privados, Medicare, Medicaid, y los recursos por medio del programa Ryan White
  - 3. Comunicación con otros recursos médicos para continuar con el cuidado, siempre y cuando se haya firmado un consentimiento por escrito.

### **V. Los Derechos del Cliente son:**

- A. Tener la información guardada en estricta confidencialidad, de acuerdo con las leyes del estado de Illinois.
- B. Rechazar los servicios en cualquier momento y cortar su relación con la "Open Door."
- C. Saber en dónde registrar quejas e inquietudes.
- D. Saber cuál información sobre usted está siendo revelada, a quién y con qué propósito.

1665 Larkin Avenue | Elgin, Illinois 60123 | t • 847.695.1093 | f • 847.695.0501  
157 S. Lincoln Avenue, Suite K | Aurora, Illinois 60505 | t • 630.264.1819 | f • 630.800.1062

[www.odhcil.org](http://www.odhcil.org)

- E. Recibir servicios alternativos de otras organizaciones con o sin la ayuda del personal.
- F. Participar con el personal de Médico, Salud Mental, Administración de Casos y para formular y ejecutar un plan de servicio.
- G. Ser tratado con respeto, educación y cortesía por parte del personal de "Open Door."
- H. Los servicios serán provistos en una ubicación segura.

VI. Las Responsabilidades del Cliente son:

- A. Interactuar con el personal de "Open Door" abierta y honestamente en una manera cortés.
- B. Limitar las expectativas de los programas a servicios viables como se establecieron originalmente.
- C. Cumplir con el plan de servicio acordado entre el cliente y el personal de Administración de Casos de "Open Door."
- D. Participar plenamente y aceptar la responsabilidad de tareas y acciones.
- E. Asumir responsabilidad financiera por los servicios fuera de aquellos de "Open Door" cuando dichos servicios se soliciten o recomienden.
- F. Informar al personal de "Open Door" de cualquier cambio en su vida que pueda afectar la entrega de servicios.
- G. Se prohíben drogas ilegales, alcohol, armas implícitas o explícitas en las instalaciones de la agencia.
- H.

VII. Procedimiento Conciliatorio:

Personas que estén recibiendo servicios de "Open Door" a través de la Atención Primaria, Salud Mental o Servicios de Apoyo (ORS O Parte A trabajadora de casos) tienen el derecho de presentar ante la agencia quejas relacionadas con dichos servicios. Para atender dichas quejas, se seguirá el siguiente procedimiento:

- A. Discutir el asunto con la persona que está proporcionando ese servicio en particular. Se puede hacer un intento de resolución por medio de una discusión y acuerdo mutuo entre el personal y el cliente.
- B. Si es necesario, el cliente presentará su queja por escrito al Director Ejecutivo de "Open Door" con detalles específicos. El Director Ejecutivo investigará y responderá por escrito antes de quince días a partir de la fecha en que se recibió la queja.

Las cartas se dirigirán a:

Executive Director  
Open Door  
1665 Larkin Ave.  
Elgin, IL 60123

- C. Si es necesario, se programará una reunión entre el Director Ejecutivo, el miembro de personal pertinente, el cliente y si así se desea, su representante. Si no es posible una resolución, el personal de "Open Door" hará esfuerzos para asegurar los servicios para el cliente a través de otro proveedor.
- D. Si usted no alcanza una resolución satisfactoria por el procedimiento del acto, o no se siente cómodo en hacer una queja directamente a "Open Door", usted también puede hacer una queja con El Departamento de Salud de Chicago con el Título 1 de servicios. La persona de contacto para ellos Directora del Proyecto del Título 1, 312-747-8815. Para servicios Parte A trabajadora de casos o Parte B Usted también puede presentar una queja con la Fundación de SIDA de Chicago puede contactar a Mike Grego a 1-312-784-9089.

Yo he leído mis derechos, responsabilidades y descripciones de los servicios enumerados anteriormente. Me han sido explicados y los entiendo plenamente. Yo certifico que he recibido una copia de estos derechos y responsabilidades para futuras consultas. Doy me consentimiento para que mensajes por correo o por fax sean mandados de acuerdo a la sección IV subrayada referente a confidencialidad. Yo absuelvo a Open Door de cualquier responsabilidad en caso de que algún mensaje sea enviado equivocadamente por medio de correo electrónico o fax.

Por favor ponga sus iniciales

Yo quiero una copia de los derechos y responsabilidades \_\_\_\_\_

Yo no quiero una copia de los derechos y responsabilidades \_\_\_\_\_

Firma del Cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**Información sobre proveedor de Servicios**

Por propósitos administrativos y para evaluar la calidad del cuidado que usted recibe, usamos información sobre su salud y tratamiento para obtener de este. Importante información sobre su salud podría ser usada o revelada sin su autorización por muchas otras razones.

Dependiendo del caso, la información sobre su salud se podría revelar por razones de salud pública, y otras emergencias. En circunstancias específicas tales como para el reforzamiento de ley o proveer información cuando sea necesaria a esta. En otras situaciones antes de dar o usar cualquier información en particular sobre su salud se le pedirá que firme una forma de autorización para revelar sus records. Si usted decide firmar esta autorización de revelación de información, en un futuro usted la puede anular para evitar cualquier revelación de sus datos personales.

Nuestros reglamentos y polizas pueden cambiar en cualquier momento. Antes de hacer cualquier cambio en nuestras polizas, cambiaremos nuestro boletín de noticias y se colocara el nuevo boletín en la sala de espera de nuestra oficina y en cada cuarto de examinación de esta.

***Derechos Individuales***

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de mirar u obtener una copia de su información de salud, que nosotros usamos para hacer decisiones sobre usted. Si usted requiere copias de su record medico Open Door Clinic sigue las reglas de HIPAA para cobrar por las copias. Open Door tiene asta treinta dias para completar su solicitud. Para pedir copias de su record medico por favor pidale a el personal el papeleo apropiado. Usted tambien tiene el derecho de una lista de ejemplos de donde hemos revelado información sobre su salud por razones ajenas a tratamiento, pago o porpositos adaministrativos similares. Si usted cree que tal información en su record es incorrecta o que falta algún tipo de dato importante, usted tiene el derecho de solicitar una corrección del la información existente.

Usted puede solicitar por escrito que su información no sea usada o revelada para tratamiento, pago u otros servicios administrativos excepto cuando usted lo autorize, y sea requerido por la ley, o circunstancias de emergencia. Consideraremos su petición pero no estamos legalmente autorizados para hacerlo.

***Quejas***

Si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o esta en desacuerdo con algun decisión para tener acceso a sus records, usted puede comuniarse con la persona enlistada en la parte de abajo de este boletín. Usted tambien puede mandar sus quejas al Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. La persona enlistada en la parte de abajo de este boletín le puede proveer la direccion apropiada para petición.

***Nuestro Trabajo Legal***

Por ley estamos sujetos a proteger la privacidad de su información, proveer este boletín de noticias acerca de nuestras practicas de información, y seguir las practicas de información ya descritas en la parte de arriba de esta noticia. Si usted tiene alguna pregunta o queja por favor comuníquese con:

1665 Larkin Avenue  
Elgin, IL 60123  
Phone : (847) 695-1093

Por favor ponga sus iniciales aqui

He recibido copia de este documento \_\_\_\_\_  
Yo no quiero recibir copia de este documento \_\_\_\_\_

Firma del cliente : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_  
Personal de OD : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

1665 Larkin Avenue | Elgin, Illinois 60123 | t • 847.695.1093 | f • 847.695.0501  
157 S. Lincoln Avenue, Suite K | Aurora, Illinois 60505 | t • 630.264.1819 | f • 630.800.1062

www.odhcil.org



**PÁGINA DE FIRMA**

Con mi firma, autorizo al Programa y a las entidades identificadas en el punto 14 de este documento a compartir mi información con las entidades adicionales que se enumeran a continuación, y entiendo que debo incluir estos contactos en cada envío de este formulario para permitir que el Programa para continuar compartiendo mi información con ellos.

Nombre individual (letra de imprenta)	
( _____ ) _____ - _____ Teléfono	¿Es este individuo consciente de su estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre individual (letra de imprenta)	
( _____ ) _____ - _____ Teléfono	¿Es este individuo consciente de su estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre individual (letra de imprenta)	
( _____ ) _____ - _____ Teléfono	¿Es este individuo consciente de su estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del cliente	Inicial del segundo nombre	Apellido del cliente
Número de Seguro Social (Deje en blanco si no hay un número de SS válido para el cliente)		Fecha de nacimiento (mm/dd/ aaaa )

he recibido una copia de este documento y reconozco que tendré que firmar este documento en cada determinación de elegibilidad.

Firma del cliente (mayores de <u>12</u> años)	/    / Fecha (mm/dd/ aaaa )
---	--------------------------------

Padre/Tutor ( <u>si es menor de 12 años</u> ) o Representante Legal	// Fecha (mm/dd/ aaaa )
---	----------------------------