

PPBHC

Access O/P-Orientation Team
208 Park Place Blvd.
Kissimmee, FL 34746
Phone (407) 846-0023
Exts. 1129, 3109, & 3114



Instrucciones para la Solicitud de Servicios Ambulatorios para Niños (3 á 17 años)

Favor de leer la aplicación cuidadosamente y llene esta lo mas completa posible. Esta información es totalmente confidencial y es exclusivamente para ayudarnos a darle un mayor servicio.

1. La aplicación no será aceptada sin los siguientes documentos:
 - a) Tarjeta de identificación del padre(s) o encargado legal (Ej. Licencia)
 - b) Tarjeta de Seguro Medico- si no tiene seguro medico y es residente del condado de Osceola por medio de una tabla financiera se le podrá determinar beneficios para los psiquiatras y consejeros. Favor de obtener una aplicación financiera en la recepción.
 - c) Tarjeta de Seguro Social y Acta de Nacimiento es requerido.
 - d) Record de Vacunas
 - e) Información del medico primario (Ej. Nombre, dirección, y teléfono).
2. La información en la aplicación es solamente del niño(a).
3. Debe de llenar la aplicación completamente.
4. No es necesario la presencia del/la niño(a) para esta cita de orientacion.

Horarios:

Lunes a Viernes de 8:00am a 3:00pm

****Si usted piensa que el paciente al cual se le esta solicitando servicios se encuentra en crisis o en un estado mental de emergencia favor de comunicarse al 911 para ayuda inmediata****

Access Center/Crisis Unit-open 24 hours a day 7 days a week

(407) 846-0023 ext. 1017, 1019, 1018

206 Park Place Blvd.

Kissimmee Police Department (407) 846-3333

Osceola Sheriff Department (407) 348-2222

Park Place Behavioral Health Care

206 Park Place Blvd.
Kissimmee, Florida 34741
Phone (407) 846-0023

C

Solicitud para Servicios

*No complete esta solicitud si no está de acuerdo con todos los términos y condiciones de la misma.
Favor de escribir claramente y de utilizar tinta negra.*

Fecha / /

Nombre (paciente):

Apellido	Nombre	Inicial
----------	--------	---------

Dirección postal:

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Dirección permanente:

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

Teléfono: hogar: _____ Celular: _____ Otro: _____

Fecha de nacimiento: / / Edad: Sexo () M () F Seguro Social: - -

Procedencia: () Puertorriqueño/a () Mexicano/a () Cubano/a () Hispano/a de otro tipo () Ninguno

Raza: () Blanco () Afro-Americano () Hispano () Otro

Referido por: _____

Estado marital de el/la paciente: () Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a
() Separado/a () Co-habitando () Otro: _____

¿Es el/la paciente veterano/a de las Fuerzas Armadas? () Si () No

Si contesta afirmativo, ¿De qué rama?

¿Cuál es el nivel educativo más alto que el/la paciente ha terminado?

¿Ha estado el/la paciente o está actualmente matriculado/a en alguna clase de educación especial? () Si () No

¿Está el/la paciente involucrado/a en algún problema del sistema legal? () Si () No

Si contesta afirmativo, ¿por qué?

Situación de empleo de el/la paciente () Trabajo () Retirado () Incapacidad () Padres () Amigos () Pensión
() Desempleo () Asistencia/Welfare () Nada () Otro: _____

Vivienda de el/la paciente: Propietario/Dueño Alquiler Vive con padres/parientes Motel
 Hogar en Grupo Casa de crianza Hogar de Retiro Hogar Juvenil
 Hospital de Estado Deambulante/homeless Otro: _____

¿Cuántos dependientes tiene el/la paciente? _____ ¿Cuántos dependientes viven con usted? _____

Por favor escriba el número de personas que viven en el hogar con el/la paciente según sus edades

Edades	0-5 años	6-12 años	13-18 años	18 en adelante	Total
Número de Personas					

Empleo actual o más reciente de el/la paciente o el/la encargado/a:

Nombre de la Compañía Dirección Ciudad/Código Postal Teléfono

¿A quién quiere que llamemos en caso de emergencia?

Nombre Parentesco Dirección Ciudad/Código Postal Teléfono

Si el/la paciente es menor de 18 años, los padres o el/la encargado/a debe proveer lo siguiente:

Nombre Parentesco Dirección Ciudad/Código Postal Teléfono

Número de seguro social: _____

Ingreso de los padres o el/la encargado/a: \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

Información sobre el seguro médico de el/la paciente: (Medicaid, Medicare, Privado, etc.....)

Tarjeta:

Nombre de la persona asegurada Compañía # Grupo #Póliza Teléfono

Tarjeta:

Nombre de la persona asegurada Compañía # Grupo #Póliza Teléfono

Certificación y Acuerdo

Yo, _____, certifico que he leído, entendido, y recibido una copia de las Pólizas de la Agencia. Que estoy de acuerdo con los términos de este convenio y autorizo tratamiento de salud mental según lo ofrece Park Place Behavioral Health Care. Entiendo además que los términos y condiciones de este acuerdo permanecerán en efecto todo el tiempo que yo sea cliente de Park Place Behavioral Health Care o hasta que yo o la persona que me representa renuncie a este por escrito.

Firma del Paciente Fecha Firma del Encargado Fecha Firma del Testigo Fecha

Consentimiento Informado Sobre las Pólizas de la Agencia

El/la paciente o el/la encargado/a tiene que, por favor, iniciar cada párrafo indicando entendimiento y aceptación.

Todas las solicitudes para servicios provistos por PPBHC son hechas con los siguientes acuerdos mutuos.

Confidencialidad- Otros Clientes

Iniciales: _____

Como paciente de PPBHC entiendo que bajo las reglas de confidencialidad, cada información divulgada en sesiones de terapia individual o de grupo, es confidencial por naturaleza. Yo acepto mantener confidencial toda información que yo escuche o vea sobre otros pacientes de PPBHC. Yo acepto no discutir cualquier información referente a otros clientes de PPBHC con nadie que no sea miembro del personal de PPBHC.

Confidencialidad del Paciente-General

Iniciales: _____

Toda información y expediente de los clientes que son mantenidos en PPBHC son considerados confidenciales. Esto significa que la información sobre usted no será dada a otros por PPBHC a menos que usted lo autorice por separado y escrito, con la EXCEPCION de:

- En casos donde se sospeche abuso o negligencia donde niños, adultos incapacitados o ancianos se encuentren envueltos.
- En casos de enfermedades contagiosas que requieran reportes mandatarios.
- En casos en donde los pacientes son considerados un peligro para ellos mismos u otras personas como es así definido en las leyes del estado de Florida.
- En casos donde hay una orden legítima de la corte.
- En acuerdo con los términos descritos en las siguientes secciones: (3, 4, & 5).

Confidencialidad: Consentimiento Informado sobre el Departamento de Alcohol, Abuso de Drogas, y Salud Mental (ADM) y sobre otras Fuentes de pago

Iniciales: _____

Como Centro de Salud Mental de la Comunidad, PPBHC esta obligado a abrir su expediente clínico y cualquier otra información personal sobre usted, lo cual será enviada al Departamento de Niños y la Familia (DCFS), a la oficina del Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental (ADM) y el Instituto de Salud de Florida (FMHI). En adición, la mayoría de las otras fuentes de pago (por ejemplo: Medicaid, Medicare, HMO, etc.) requieren que PPBHC les provea información clínica sobre usted para los servicios proveídos. Compartir esta información con los aquí mencionados puede ser evitado pagando su tratamiento total en efectivo, sin embargo, divulgación a ADM y a FMHI puede aún ocurrir.

Confidencialidad: Consentimiento informado para encuestas de satisfacción del consumidor y de seguimiento

Iniciales: _____

PPBHC se esmera en proveer la más alta calidad en servicios a nuestros clientes. Con el propósito de verificar la efectividad de nuestros servicios, nosotros y otros asociados, conducimos encuestas de satisfacción durante su tratamiento y después que termine. Usted tiene el derecho de no participar cuando se le contacte.

Confidencialidad: Consentimiento informado para el equipo de tratamiento y compartir información

Iniciales: _____

La mayoría de las facilidades operadas por PPBHC funcionan bajo un equipo de tratamiento de intervención terapéutica. Miembros del equipo de tratamiento incluyen diversos profesionales tales como: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, coordinadores de tratamientos, manejadores de casos, entrevistadores, técnicos de salud mental, consejeros residenciales, terapeutas de programas diversos y los supervisores de los mismos. Miembros del equipo de tratamiento pueden compartir tanto la información confidencial, así como la información que sea discutida en una sesión de terapia. Sin embargo, todos los miembros del equipo de tratamientos son gobernados por las reglas de confidencialidad. (Vea confidencialidad general #1 anteriormente descrita).

Autorización y asignación de beneficios.

Iniciales: _____

Yo autorizo a PPBHC a proveer información cuando sea necesario para asegurar que el pago de reclamos a mi asegurador y/u otros que podrían proveer pago(s) por mi tratamiento(s). Más aún, asigno irrevocablemente a PPBHC mi interés en todo seguro u otros beneficios pagados por servicios provistos en mi nombre.

Acuerdo de responsabilidad financiera.

Iniciales: _____

Yo entiendo que los pagos por servicios recibidos incluyendo cualquier co-pago del seguro, deben ser pagados cuando los servicios son provistos. Yo entiendo que a menos que otra entidad aprobada por PPBHC garantice el pago de mi factura, yo soy personalmente responsable por ella. Si una colección bajo este acuerdo es reforzado por procedimientos legales o a través de un abogado, yo acepto pagar todos los costos y gastos de colección al igual que a los costos razonables de abogado. Este acuerdo incluye gastos y costos razonables de apelación. Este acuerdo es gobernado por las leyes del estado de Florida. Mis derechos bajo este acuerdo no son sujetos a cambios.

Solicitud para costos de precios reducidos.

Iniciales: _____

PPBHC es un centro privado de salud mental de la comunidad sin fines de lucro. Consumidores que reciben servicios no cubiertos por un seguro médico son responsables por el costo total del mismo. Sin embargo, ofrecemos una opción para cualificar para costos reducidos basados en su situación financiera. Si no tiene beneficios de seguro y desea solicitar para costos reducidos, favor de pedir un formulario de información financiera a la recepcionista.

Certificación de veracidad.

Iniciales: _____

Yo aquí certifico que toda la información provista a PPBHC es cierta de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Yo entiendo que de acuerdo con las leyes del estado de Florida -Sección 817.50 - someter información falsa para defraudar a un proveedor de servicios de salud con el propósito de obtener bienes y beneficios es un crimen de segundo grado.

Autorización y consentimiento para tratamiento.

Iniciales: _____

Yo reconozco que estoy solicitando servicios de salud mental. Yo autorizo a PPBHC a administrar los procedimientos psicológicos y psiquiátricos, así como de salud mental médica o de comportamiento, que sean considerados necesarios para mi tratamiento. Yo entiendo que todos los medicamentos tienen algún efecto secundario conocido y yo discurriré cualquier efecto secundario con mi psiquiatra. Yo también entiendo que no hay garantía de los resultados que puedan ser obtenidos a consecuencia del tratamiento provisto en PPBHC.

Park Place Behavioral Health Care
LISTA DE SINTOMAS DE NIÑOS

Nombre: _____ ID: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Guardian: _____ Persona Completando Aplicacion: _____

Que tipo de ayuda necesita? _____
Como fue referido a este lugar? _____

LISTA DE SINTOMAS Por favor marque los sintomas que su hijo/a esta experimentando:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Pretende enfermedad | <input type="checkbox"/> Mese su cuerpo | <input type="checkbox"/> Balbucea |
| <input type="checkbox"/> Sonambulismo | <input type="checkbox"/> Problemas al comer | <input type="checkbox"/> Chupa dedo | <input type="checkbox"/> Tartamudea |
| <input type="checkbox"/> Orina en la cama | <input type="checkbox"/> Se hace encima | <input type="checkbox"/> Come uñas | <input type="checkbox"/> Hace rituales |
| <input type="checkbox"/> Quejas de dolor fisico | <input type="checkbox"/> Masturbacion | <input type="checkbox"/> Golpea la cabeza | <input type="checkbox"/> Obsesivo |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Se tira el pelo | <input type="checkbox"/> Tic nervioso | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceñido | <input type="checkbox"/> Demandante | <input type="checkbox"/> Timido | <input type="checkbox"/> Desagrado con mama |
| <input type="checkbox"/> Celoso | <input type="checkbox"/> Mandon | <input type="checkbox"/> Ignora a otros | <input type="checkbox"/> Desagrado con papa |
| <input type="checkbox"/> Burlado por otros | <input type="checkbox"/> Siente despreciado | <input type="checkbox"/> Aislado | <input type="checkbox"/> Soledad |
| <input type="checkbox"/> Dificultad hacer mantener amigos | <input type="checkbox"/> Se siente impopular | <input type="checkbox"/> Otros problemas interpersonales: _____ | |

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Quejoso | <input type="checkbox"/> Ansioso | <input type="checkbox"/> Lloro facilmente |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Depresivo | <input type="checkbox"/> Miedoso | <input type="checkbox"/> Ideas de herirse |
| <input type="checkbox"/> Desesperanza | <input type="checkbox"/> Abrumado | <input type="checkbox"/> Se siente culpable | <input type="checkbox"/> Gestos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Olvidadiso | <input type="checkbox"/> Preocupado | <input type="checkbox"/> Enojado | <input type="checkbox"/> Amenazas suicidas |
| <input type="checkbox"/> Sin gozo de vivir | <input type="checkbox"/> Baja energia | <input type="checkbox"/> Pierde compostura | <input type="checkbox"/> Atentos suicidas |

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Planea herir a alguien | <input type="checkbox"/> Pelea | <input type="checkbox"/> Roba | <input type="checkbox"/> Oposicion |
| <input type="checkbox"/> Maltrata otros niños | <input type="checkbox"/> Miente | <input type="checkbox"/> Maldecir | <input type="checkbox"/> Destructivo |
| <input type="checkbox"/> No respeta autoridad | <input type="checkbox"/> Rebelde | <input type="checkbox"/> Falta de Iniciativa | <input type="checkbox"/> Propenso a accidentes |
| <input type="checkbox"/> Maltrata animales | <input type="checkbox"/> Manipulador | <input type="checkbox"/> Perezoso | <input type="checkbox"/> Irresponsable |
| <input type="checkbox"/> Demanda atencion | <input type="checkbox"/> Vandaliza | <input type="checkbox"/> Cambia de amistades | <input type="checkbox"/> Culpa a otros |
| <input type="checkbox"/> Problemas con ley | <input type="checkbox"/> Prende fuegos | <input type="checkbox"/> Pelea para ir a dormir | <input type="checkbox"/> Consume drogas |
| <input type="checkbox"/> Sentido de bien y mal | <input type="checkbox"/> Cambia vestimenta | <input type="checkbox"/> Desafiante | <input type="checkbox"/> Consume alcohol |
| <input type="checkbox"/> Trampo | <input type="checkbox"/> Se escapó | <input type="checkbox"/> Inquieto | <input type="checkbox"/> Consume tabaco |
| <input type="checkbox"/> Rabieta | <input type="checkbox"/> Alega, discute | <input type="checkbox"/> Furioso | |

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mal conducta en clase | <input type="checkbox"/> Falta de concentracion | <input type="checkbox"/> Mediocre en escuela | <input type="checkbox"/> Aburrido |
| <input type="checkbox"/> Desobediente | <input type="checkbox"/> Suspenciones de colegio | <input type="checkbox"/> Escapa de la escuela | <input type="checkbox"/> Problemas leyendo |
| <input type="checkbox"/> Dislexia | <input type="checkbox"/> Problemas estudiando | <input type="checkbox"/> No se mantiene quieto | <input type="checkbox"/> Hablador |
| <input type="checkbox"/> Distráe facil | <input type="checkbox"/> Conflictos con maestros | <input type="checkbox"/> No termina trabajos | <input type="checkbox"/> Perfeccionista |
| <input type="checkbox"/> Ausente frecuente | <input type="checkbox"/> Abusa de otros | <input type="checkbox"/> Miedo a escuela | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Cambios drasticos en notas | <input type="checkbox"/> Fastidiado mucho por otros | <input type="checkbox"/> Nervioso a tareas | <input type="checkbox"/> Falta de interes en escuela |
| <input type="checkbox"/> Preocupa por perfeccion | | <input type="checkbox"/> Juega de manos | |
| <input type="checkbox"/> Problemas fisicos inter-fieren con escuela | | <input type="checkbox"/> Reprobando en escuela | |
| <input type="checkbox"/> Usa enfermedad como excusa | | | |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Siente que otros estan en su contra | <input type="checkbox"/> Come materiales no comestibles |
| <input type="checkbox"/> Se siente diferente de los demas | <input type="checkbox"/> Oye voces que otros no |
| <input type="checkbox"/> Siente que las cosas son irreales | <input type="checkbox"/> Sospecha de otros |
| <input type="checkbox"/> Otro comportamiento inusual: _____ | |

Cualquier otro comportamiento inusual de su hijo/a: _____

PARK PLACE BEHAVIORAL HEALTH CARE CENTER
Sintomas de los niños/Evaluación Addendum

Nombre: _____ ID: _____ Fecha: _____ Edad: _____
 Guardian: _____ Persona Completando Aplicación: _____

Falta a la escuela	No se mantiene quieto	Come cosas que no son comibles	Escucha voces que otros no escuchan	Sospecha de otros
Oposición	Destructivo	Propenso a accidentes	Irresponsable	Usa Drogas
Usa alcohol	Usa Tabaco	Aburrimiento	Problemas de lectura	No es exitoso

Cualquier otro tipo de comportamiento que su hijo/a pudiera estar experimentado (la razón para buscar ayuda): _____

Servicios previos para enfermedades mentales: _____

Su relación con la persona a ser evaluada: _____

Algun tipo de agencia social/legal en la que este envuelto: _____

Historia Marital de los Padres:

	Madre	Padre
Numero de Matrimonios	_____	_____
Hijos/as de matrimonios anteriores	_____	_____
Fecha del matrimonio mas reciente	_____	_____
Fecha(s) de la(s) separacion(es)	_____	_____

Si esta divorciado/a:

Hace cuanto tiempo _____

Como esta compartida la custodia _____

Horarios de Visitación _____

PARK PLACE BEHAVIORAL HEALTH CARE CENTER
Evaluacion Addendum

Nombre: _____ ID: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Guardian: _____ Persona Completando Aplicacion: _____

Adaptación del niño/a al divorcio _____

Otras locaciones en los que el niño/a haya residido _____

HISTORIA MEDICA DEL NIÑO/A

Embarazo de la Madre
Enfermedades y/o Complicaciones _____

Medicaciones Tomadas _____

Tabaco/Alcohol/Otro tipo de Drogas (prescriptas o de otro tipo) _____

_____ en meses del embarazo _____

Parto (tipo: ej. primero la cabeza, primero los pies) _____

Peso del recién nacido _____ Escala de APGAR (si la conoce) _____

Problemas durante el parto o inmediatamente después _____

Medicaciones/Anestesia durante el parto _____

Días de hospitalización _____

HISTORIA EDUCACIONAL

Escuela Actual _____ Grado _____

Días que faltó a clases este último mes _____

PARK PLACE BEHAVIORAL HEALTH CARE CENTER
Sintomas de los niños

Nombre: _____ ID: _____ Fecha: _____ Edad: _____
Guardian: _____ Persona Completando Aplicacion: _____

Maestros/as _____

Guia y Consejero _____

Clases Especiales/Nivel _____

Actitud del niño/a hacia la escuela _____

Comentarios de los profesores/maestros _____

Problemas de comportamiento en la escuela actuales o pasados (especifique, incluyendo lo que se ha tratado y los resultados) _____

HISTORIA SOCIAL

Tiene el niño/a un número adecuado de amigos? Describa la calidad de las amistades, incluyendo la edad de los amigos, el mejor amigo, habilidad para hacer amigos y mantener las relaciones.

Deportes: _____

Clubes/Grupos: _____

Hobbies/Talentos: _____

Mascotas: _____

Actividades Religiosas: _____

PARK PLACE BEHAVIORAL HEALTH CARE CENTER
Sintomas de los niños

Responsabilidades/Tareas asignadas en la casa: _____

TECNICAS DISCIPLINARIAS USADAS POR LOS PADRES

Describe los métodos usados para disciplinar a su hijo(s): _____

Hay alguna diferencia con este niño/a comparado con los otros/as?: _____

Describe como ud. mama y papa fueron disciplinados cuando niños: _____

POR FAVOR COMENTAR CUALQUIER OTRA PREOCUPACIÓN QUE NO HAYA SIDO
CUBIERTA EN ESTA APLICACIÓN: _____

Firma de la persona completando la aplicación

Fecha

Firma del Clínico

Fecha

Park Place Behavioral Health Care Health Questionnaire for Tuberculosis Exposure

Nombre: _____ Fecha: _____

Este cuestionario es una herramienta para ayudar a indentificar una posible infección o brote de tuberculosis entre nuestros pacientes y empleados. Por favor marque "SI" o "NO" a todos los síntomas que le apliquen a usted.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Produce usted tos que dure 3 ó más semanas | SI | NO |
| Si contesto sí, de que color es? _____ | | |
| 2. Esta usted perdiendo peso sin estar en alguna dieta o sin razón aparente? | SI | NO |
| 3. Tiene usted fiebre persistente? | SI | NO |
| 4. Tiene usted sudores nocturnos? | SI | NO |
| 5. Ha estado en contacto con alguien que tenga, o sospeche tener tuberculosis? | SI | NO |
| 6. Alguna vez le han diagnosticado ser tuberculosis positivo? | SI | NO |
| Si la respuesta es Si. Le han administrado placas de pecho? | SI | NO |

Mes/Año: _____
 Resultado: _____
 Dónde: _____
 Tipo de Tratamiento: _____

****If the patient answers "yes" to three (3) or more of these questions the Safety/Infection Control committee requests that the admitting physician or Infection Control nurse be notified and a PPD administered. If this is an outpatient, they should be referred to the Health Department and results of a PPD obtained before seeing the client in the clinic.**

Reviewed by: _____ Date: _____

Action Taken:

1. **PPD administered:** YES NO Date: _____ Time: _____
 Lot: _____ Exp date: _____
 Signature of Nurse Performing Test: _____

48 hour Reading: Date: _____ Time: _____ Induration: _____
 Nurse's Signature Reading Test: _____

72 hour Reading: Date: _____ Time: _____ Induration: _____
 Nurse's Signature Reading Test: _____

2. **Sent for Chest X-ray:** Date: _____ Where: _____
 Results Obtained: _____ Date: _____

3. Physician Notified: YES NO Infection Control Nurse Notified: YES NO

PARK PLACE BEHAVIORAL HEALTH CARE

ACKNOWLEDGEMENT FORM
HIPAA

(Health Insurance Portability and Accountability Act)

"MANAGEMENT AND PROTECTION OF
PERSONAL HEALTH INFORMATION POLICY"

This form is to acknowledge that a copy of the "Management and Protection of Personal Health Information Policy" has been provided to me on the date indicated below.

Signature

(Client or representative)

Date

Client's Name

Note: File in case record



Park Place Behavioral Health Care

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed, and how you can get access to this information.

Please review it carefully.

I. Our Duties As They Relate to Your Protected Health Information (PHI).

Our records about you contain health information that is very personal. The confidentiality of this personal information is protected by federal and state law. We have a duty to safeguard your Protected Health Information (PHI) which includes individually identifiable information about:

- your past, present, or future health or condition,
- provision of health care to you,
- payment for the health care considered PHI

We are required to:

- safeguard the privacy of your PHI,
- give you this Notice which describes our privacy practices,
- explain how, when and why we may use or disclose your PHI

Except in very specific circumstances, we must use or disclose only the minimum PHI that is necessary to accomplish the reason for the use or disclosure.

We must follow the privacy practices described in this Notice, however, we reserve the right to change the terms of this Notice at any time and to make the new Notice provisions effective for all protected health information that we receive, disclose or maintain. Should our Notice change, we will post a new Notice (location). You may request a copy of our new notice from (location) and from our website at (web address).

Why We May Need to Use or Disclose Your PHI:

We use or disclose PHI for a variety of reasons. For some of these uses or disclosures, we must have your written authorization. For some, the law permits us to make certain uses or disclosures without your authorization.

Generally these uses or disclosures are related to treatment, payment, or health care operations. Some examples of these uses or disclosures are:

- For Treatment: We may disclose your PHI to doctors, nurses, and other health care personnel who are involved in providing your health care. For example, your PHI will be shared among members of your treatment team.

- To Obtain Payment: We may use or disclose your PHI in order to bill and collect payment for your health care services. For example, we may release portions of your PHI to Medicaid to get paid for services that we have given or provided for you.
- For Health Care Operations: We may use or disclose your PHI in the course of operating our [type of entity]. For example, we may use your PHI in evaluating the quality of services provided, or disclose your PHI to our accountant or attorney for audit purposes.
- To Remind You of Appointments: Unless you provide us with alternative instructions, we may send appointment reminders and other similar materials to your home.

Uses and Disclosures For Which We Require Your Authorization (consent):

- When the use or disclosure goes beyond treatment, payment, or health care operations, we are required to have your written authorization. There are some exceptions to this rule, and they are listed below.
- Authorizations can be revoked by you at any time to stop future uses or disclosures, except where we have already used or disclosed your PHI in reliance upon your authorization.

Uses and Disclosures For Which We Do Not Require Your Authorization:

The law permits us to use or disclose your PHI *without written authorization* in the following circumstances:

- When a Law Requires Disclosure: We may disclose PHI when a law requires that we report information about suspected abuse, neglect or domestic violence, or in response to a court order, or to a law enforcement official. We must also disclose PHI to authorities who monitor our compliance with these privacy requirements.
- For Public Health Activities: We may disclose PHI when we are required to collect information about diseases or injuries, or to report vital statistics to a public health authority.
- For health oversight activities: We may disclose PHI for health oversight activities such as audits, inspections, civil or criminal investigations or actions.
- Relating to decedents: We may disclose PHI relating to an individual's death to coroners, medical examiners, or funeral directors.
- For organ, eye or tissue donations purposes: We may disclose PHI to organ procurement organizations relating to organ, eye, or tissue donations or transplants.
- For research purposes: In certain circumstances, and under supervision of a privacy board or institutional review board, we may disclose PHI for research purposes.
- To avert threat to health or safety: In order to avoid a serious threat to health or safety, we may disclose PHI as necessary to law enforcement or others persons who can reasonably prevent or lessen the threat of harm.
- For specialized government functions: We may disclose PHI of military personnel and veterans in certain situations to correctional facilities.

PARK PLACE BEHAVIORAL HEALTH CARE, INC.
DERECHOS DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL

I. Derecho a la Dignidad Individual

Usted tiene el derecho a:

1. A ser tratado con respeto en todo momento.
2. A no recibir abusos y/o descuido.
3. A estar libre de explotación y humillación.
4. A tener libertad de movimiento, a menos que la restricción sea parte de su tratamiento u por orden de un juez.
5. Tener libertad a practicar su religión.

II. Derecho a Tratamiento

Usted tiene el derecho a:

1. A recibir tratamiento apropiado sin importar su disponibilidad de pago.
2. Recibir tratamiento en el menor ambiente de restricción.

III. Derecho de expresar e informar su consentimiento

Usted tiene el derecho a:

1. Aceptar o no su tratamiento, a menos que sea una restricción del juez o en caso de una emergencia. Si usted es menor de 18 años, su tutor será responsable de expresar o informar su consentimiento.
2. Ser informado de:
 - La razón para su admisión.
 - Su tratamiento sugerido.
 - Cualquier potencial de riesgo en su tratamiento.
 - El término aproximado para el cumplimiento de su tratamiento.
 - Otras opciones de tratamiento.
3. Renunciar al consentimiento de su tratamiento, sea verbal o por escrito, por usted o su tutor.
4. De ser necesario, se solicitará a través de la Corte, un tutor o mediador que pueda tomar decisiones con respecto a su tratamiento.

IV. Derecho a la Calidad del Tratamiento

Usted tiene el derecho a:

1. Recibir tratamiento acertado, seguro y humanamente administrado.
2. Recibir servicios médicos, vocacionales, sociales, educacionales y de rehabilitación.

V. Derecho a la comunicación: a repórtes de abusos y/o visitas

Usted tiene el derecho a:

1. Tener visitas durante las horas indicadas, a menos que las visitas sean restringidas como parte de su tratamiento.
2. Enviar y recibir correspondencia o utilizar el teléfono, a menos que estos sean restringidos como parte de su tratamiento.

3. Tener acceso privado al uso del teléfono para reportar cualquier posible abuso o negligencia a la línea de emergencia del *Florida Abuse Hotline* al 1-800-962-2873.

VI. Derecho a mantener efectos personales

Usted tiene el derecho a:

1. Tener su ropa y pertenencias, a menos que sean restringidas como parte de su tratamiento.
2. Tener un inventario escrito de su ropa o pertenencias que le fueron removidas.

VII. Derecho al voto en Elecciones Públicas

Usted tiene el derecho a:

1. A votar en las elecciones públicas de ser elegible.
2. Ser asistido en el registro de votación y en el proceso de la votación.
3. De tener conocimiento de los procedimientos para obtener el formulario de registro de votación y la aplicación para el voto ausente.

VIII. Derecho a solicitar una orden de la Corte (*A Writ of Habeas Corpus*)

Usted tiene el derecho a:

1. Cuestionar la causa y legalidad de su detención.
2. Solicitar a la Corte de Circuito el ordenar su liberación.

IX. Derecho al acceso de récord clínico.

Usted tiene el derecho a:

1. Tener acceso razonable a su propio récord.
2. Autorizar el relevo de información a personas o agencias.
3. Mantener la confidencialidad de su récord.

X. Derecho a la Educación para los Menores de Edad

Usted tiene el derecho a:

1. Recibir educación apropiada en el menor ambiente restringido de acuerdo con el Capítulo 232.01 (1) (e), *Florida Statutes*.

XI. Derecho a designar un representante o tutor

Usted tiene el derecho a:

1. Designar una persona para recibir cualquier notificación.

XII. Derecho a participar en el tratamiento y planificación de la terminación de su tratamiento.

Usted tiene el derecho a:

1. Ayudar a tomar decisiones en relación a su tratamiento y proveer comentarios escritos sobre su plan de tratamiento.
2. Ayudar a planear la terminación de su tratamiento.