BEACON MENTAL HEALTH
3100 NE 83RD STREET, SUITE 1001
KANSAS CITY, MO 64119
(816) 468-0400

DERECHOS DEL CLIENTE:

Como cliente de Beacon Mental Health tiene los siguientes derechos y privilegios sin limitación o restricción:

1. Recibir atención y tratamiento humano;
2. Recibir evaluación, atención y tratamiento rápido;
3. Estar completamente informado sobre el curso de su cuidado y las decisiones que puedan afectar el tratamiento;
4. Recibir esos servicios en el ambiente menos restrictivo;
5. Recibir esos servicios en un entorno limpio y seguro;
6. Ser tratado con respeto y dignidad como ser humano;
7. Recibir información oportuna y precisa que ayude a tomar decisiones lógicas sobre el tratamiento;
8. Participar como sujeto de un experimento o investigación sólo con su consentimiento, o con el consentimiento de una persona legalmente autorizada para actuar en nombre del cliente;
9. Tener la confidencialidad de la información y de los expedientes de acuerdo con la ley y regulación federal y estatal, como se explicó en la Notificación de las Prácticas de Privacidad.
10. Tener los mismos derechos y responsabilidades que cualquier otro ciudadano, a menos que la ley lo establezca de otra manera.
11. Que no se niegue la admisión o los servicios debido a raza, credo, orientación sexual, estado civil, género, identidad de género, nacionalidad de origen, discapacidad o edad.
12. A no ser sujeto de mal trato, explotación, represalia, humillación y negligencia;
13. Recibir la explicación de los expedientes y documentos;
14. Recibir atención médica y tratamiento de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica.
15. Solicitar una segunda opinión de acuerdo con las políticas y procedimientos de Beacon Mental Health
16. Consultar con médicos particulares, autorizados por su propia cuenta.
17. Acceder a grupos de auto ayuda, servicios de defensoría y servicios legales en cualquier momento.
18. Recibir una revisión imparcial de las presuntas infracciones de los derechos.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE:

Como cliente se espera que cumpla con las normas y regulaciones del programa. La falta de cumplimiento puede ocasionar la terminación de los servicios. Como cliente se espera que:

1. Sea responsable de usted mismo y de su comportamiento.
2. Participe en la formulación y siga su propio plan de tratamiento/rehabilitación.
3. Mantenga todas las citas según el programa. Si no puede acudir a una cita, es su responsabilidad informar a la agencia/ consejero lo más pronto posible.
4. Respete la privacidad, confidencialidad e identidad de otros clientes con los que puede estar en contacto.
5. Mantenga un comportamiento respetuoso, no destructivo ni violento hacia las propiedades de la agencia, el personal y otros clientes con los que puede estar en contacto. No se tolerará la discriminación contra el personal u otros clientes por raza, religión, etnia, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, edad, discapacidad, estado de veterano, historial médico familiar, información genética o cualquier otro carácter protegido por la ley.
6. Presente información de recursos financieros (por ejemplo, seguro, prueba de ingresos y residencia) al momento del servicio y pagar los copagos y estados de cuenta.
7. Expectativas de participación familiar: lo alentamos a involucrar a otras personas importantes en su vida en su tratamiento (familia, amigos, seres queridos). Asegúrese de firmar los formularios de divulgación de información para que sus familiares y amigos puedan participar en su tratamiento

RECIBIR EL ALTA O DEJAR LOS SERVICIOS:

Como cliente tiene el derecho de dejar los servicios, si considera que ya no obtiene beneficio de ellos, o ha obtenido sus objetivos de tratamiento y rehabilitación.

PROCEDIMIENTOS DE AGRAVIO DEL CLIENTE:

Como cliente tiene derecho de expresar su opinión, recomendaciones y quejas respecto al mal trato, negligencia o violación de los derechos. Puede hacerlo verbalmente o por escrito a:

1. Un miembro del personal o al Director Ejecutivo de Beacon Mental Health.
2. Al Presidente de la Junta de Directores de Beacon Mental Health.
3. (Al Monitor de Derechos de los Clientes): Clients Rights Monitor Missouri Department of Mental Health, Division of Comprehensive Psychiatric Services, 1706 E. Elm St., Jefferson City, MO 65102, 1-800-364-9687.

ENTIENDO Y TENGO UNA COPIA DE ESTOS DERECHOS. AUTORIZO A BEACON MENTAL HEALTH PARA QUE ME PROPORCIONE EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL QUE SE DETERMINE NECESARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO.

_____
Firma del cliente Fecha

_____
Tutor/ Representante legal Fecha

_____
Explicado por (si aplica) Fecha

DERECHOS DEL CLIENTE, INFORMACIÓN DEL PROGRAMA Y ACUERDO DE SERVICIO

NOMBRE DEL CLIENTE:_____ID DEL CLIENTE: _____