

Consentimiento para evaluación y tratamiento en Stepworks

Entiendo que, como paciente de Stepworks Recovery Centers, soy elegible para recibir una variedad de servicios. El tipo y alcance de los servicios que recibiré se determinarán luego de una evaluación inicial y una discusión detallada conmigo. El objetivo del proceso de evaluación es determinar mi mejor curso de tratamiento.

Por la presente doy mi consentimiento para los servicios de valoración, evaluación, tratamiento y psicoterapia proporcionados por Stepworks.

Entiendo que algunas de mis sesiones con los médicos, terapeutas u otros proveedores de servicios de Stepworks pueden realizarse a través de *telesalud*. Stepworks proporcionará todo el equipo audiovisual necesario para que pueda ver y oír a mi proveedor de atención médica. Stepworks utiliza tecnología diseñada para proteger mi privacidad y estas sesiones se llevarán a cabo en un área privada. Sin embargo, no pueden garantizar que alguien más alrededor no va a escuchar o ver mi visita de telesalud.

Por la presente doy mi consentimiento para utilizar la telesalud para los servicios de valoración, evaluación, tratamiento y psicoterapia proporcionados por Stepworks.

Entiendo que toda la información compartida con los médicos de Stepworks es confidencial y no se divulgará ninguna de mi información sin mi consentimiento. Durante el curso del tratamiento en Stepworks, puede ser necesario que mi terapeuta se comuniquen con otros proveedores y personal de Stepworks. No se solicitará autorización por escrito antes de cualquier conversación con los proveedores de Stepworks. En todas las demás circunstancias, el consentimiento para divulgar información se otorga mediante autorización por escrito. En circunstancias especiales, puede ser necesario el consentimiento verbal para la divulgación limitada de información. Además, entiendo que existen excepciones específicas y limitadas a esta confidencialidad que incluyen lo siguiente:

- Cuando existe un riesgo de peligro inminente para mí o para otra persona, el médico está éticamente obligado a tomar las medidas necesarias para prevenir dicho peligro.
- Cuando existe sospecha de que un niño o un anciano está siendo abusado sexual o físicamente o está en riesgo de sufrir dicho abuso, el médico está obligado legalmente a tomar medidas para proteger al niño o al anciano e informar a las autoridades correspondientes.
- Cuando se emite una orden judicial válida para registros médicos, Stepworks y mi médico o proveedor están obligados por ley a cumplir con dichas solicitudes.



Entiendo que en Stepworks hay una variedad de profesionales de la salud mental brindando sus servicios, algunos de los cuales están en capacitación. Todos los profesionales en formación son supervisados por personal titulado.

Entiendo que si bien la psicoterapia y/o los medicamentos pueden brindar beneficios importantes, también pueden presentar riesgos. La psicoterapia puede provocar pensamientos y sentimientos incómodos o puede llevar al recuerdo de recuerdos preocupantes. Algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios no deseados.

Liberación de responsabilidad

Entiendo que Stepworks no es responsable por artículos perdidos o robados. Soy consciente de que tengo disponibles espacios personales cerrados. Entiendo que soy responsable de mi seguridad personal, como se describe en las reglas residenciales. Entiendo que, si bien Stepworks se esfuerza por brindar el entorno más seguro posible, mis decisiones y comportamientos afectan mi seguridad y sobriedad.

Por la presente libero, renunció y descargo, y me comprometo a no demandar a Stepworks Recovery Centers, sus funcionarios, sirvientes, agentes y empleados (en lo sucesivo, liberaciones) a causa de toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción y causas de acción que surjan de o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que pueda sufrir yo o cualquier propiedad que me pertenezca, ya sea causada por la negligencia de las liberaciones o de otro modo, mientras estoy un paciente en Stepworks, o mientras se encuentre en, sobre o sobre las instalaciones donde se realiza el tratamiento, mientras esté en tránsito hacia o desde las instalaciones, o en cualquier lugar o lugares conectados con los Centros de Recuperación de Stepworks.

Soy plenamente consciente de los riesgos y peligros relacionados con estar en las instalaciones; y que puede haber riesgos y peligros desconocidos para mí relacionados con estar en las instalaciones. Por la presente elijo ser admitido(a) voluntariamente a las instalaciones, entrar en la instalación listada en este documento y participar en actividades sabiendo que las condiciones pueden ser peligrosas, o pueden volverse peligrosas para mí y mi propiedad, incluidas las actividades en equipo. Asumo voluntariamente toda la responsabilidad por cualquier riesgo de pérdida, daño a la propiedad o lesión personal, incluida la muerte, que pueda sufrir, o cualquier pérdida o daño a la propiedad de mi propiedad, como resultado de ser paciente de Stepworks Recovery. Centros, ya sea por negligencia en las emisiones o por cualquier otra causa.

Además, por la presente acepto indemnizar, salvar y eximir de responsabilidad a los liberados, tanto en conjunto como individualmente, de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo en el que puedan incurrir, ya sea causado por la negligencia de cualquiera o de todos los liberados o por cualquier otra causa.



Es mi intención que esta exención sea vinculante para los miembros de mi familia y mi cónyuge mientras esté vivo, y para mis herederos, cesionarios y representante personal en caso de mi fallecimiento. Esta exención se considerará como una renuncia, descargo y convenio de no demandar a la persona o entidad nombrada anteriormente

Elección de farmacia

Stepworks utiliza farmacias específicas en cada una de sus ubicaciones residenciales para garantizar la entrega oportuna de los medicamentos a los pacientes. Al firmar este documento, renuncio a mi derecho de elección de farmacia mientras sea paciente en el centro residencial de Stepworks.

Tareas del paciente

A cada paciente en tratamiento se le brindará la oportunidad de practicar un cuidado personal responsable y la autodisciplina a través de la asignación de tareas diarias. Las tareas domésticas se publicarán diariamente, y los pacientes serán responsables de completarlas dentro de los plazos indicados. Al finalizar las tareas designadas, los pacientes deberán poner sus iniciales en la hoja de tareas correspondiente. El personal verificará que las tareas se hayan completado correctamente y también pondrán sus iniciales para confirmar que se han realizado de manera satisfactoria.

Se espera que cada paciente recoja sus desechos tanto en el edificio como en los terrenos. Las áreas de los dormitorios deben mantenerse ordenadas en todo momento. Stepworks proporcionará espacio de almacenamiento adecuado a los pacientes para sus pertenencias personales. Los artículos personales deben guardarse en los espacios de almacenamiento designados dentro de las zonas de dormitorios. Los pacientes pueden utilizar la parte superior de su mesa de noche para colocar un reloj, radio, libros, fotografías y materiales de estudio, siempre y cuando mantengan el área ordenada. Todos los demás artículos deben guardarse fuera de la vista.

Las áreas comunitarias deben permanecer libres de artículos personales de los pacientes. Los artículos comunitarios, como juegos, naipes y libros, deben almacenarse en los espacios designados para ello. Los artículos personales encontrados fuera de lugar durante las rondas del personal serán confiscados y colocados en la oficina del entrenador de recuperación. Los pacientes serán responsables de solicitar la devolución de estos artículos al personal.

El incumplimiento de esta política será revisado por el equipo clínico y puede resultar en la revocación de privilegios u otras intervenciones terapéuticas, según lo considere apropiado el equipo clínico. El papel del personal al hacer cumplir esta política es reforzar el valor terapéutico del autocuidado, la autodisciplina y la responsabilidad.

Reglas residenciales

Las reglas de comportamiento apropiado son comunes en la vida y esenciales para mantener un ambiente seguro y terapéutico. Por la presente, acepto cumplir con las reglas enumeradas a continuación, así como con cualquier otra regla instituida por Stepworks y/o el equipo clínico:

- Nunca hable, intercambie, venda ni comparta medicamentos. Esta es una violación grave.
- Nunca lleve artículos prohibidos, incluidas drogas y alcohol, a Stepworks. (Consulte nuestro documento "Qué traer").
- Asistir a todos los grupos a tiempo.
- Seguir el toque de queda: 21:00 horas de domingo a jueves, 22:00 horas los viernes y sábados. (Las puertas se cierran con llave a estas horas).
- Mantén tu área personal ordenada; haz tu cama cuando no estés durmiendo en ella y guarda tu ropa y objetos personales.
- Recoge tus desechos dentro y fuera de las instalaciones. Completa las tareas del hogar y del dormitorio antes de las 8:00 a.m. (o según lo programado).
- La cocina se limpia diariamente a las 9:30 p.m. Lava y guarda los platos después de comer fuera del horario de comidas.
- Nunca entres al dormitorio del sexo opuesto.
- No lleve visitantes al área de los dormitorios.
- Nunca ingrese a las áreas del personal sin compañía.
- No coma ni beba en las zonas de dormitorios. (Puede tener un vaso de agua junto a su cama).
- No te acuestes o pongas los pies sobre los muebles.
- El personal revisará y aprobará cualquier artículo traído por los visitantes.
- La conducta romántica, agresiva o violenta resultará en el despido.
- No fumar en las instalaciones. Stepworks proporciona un área designada para fumadores al aire libre.
- Utiliza siempre ropa y calzado adecuados; no se permiten zapatos de casa ni pijamas fuera del área de dormitorios, sin escote femenino ni pantalones caídos; no camisetas cortas que exponen el pecho o el abdomen; no se permiten sombreros, capuchas ni gafas de sol dentro de las instalaciones.
- Stepworks se reserva el derecho de cambiar estas reglas residenciales.

Consentimiento para videovigilancia y grabación

Entiendo que Stepworks Recovery Centers utiliza videovigilancia y grabación en los siguientes lugares y actividades:

- Todos los ingresos de pacientes
- La mayoría de las áreas públicas
- Rondas del equipo clínico
- Sesiones de terapia de grupo.

El propósito de esta vigilancia es apoyar la seguridad e integridad de nuestras instalaciones y programas, así como apoyar las actividades de mejora de la calidad en Stepworks. Esta vigilancia puede ser grabada y almacenada a exclusivo criterio de Stepworks. Cualquier grabación no se considera parte de su registro médico y no se divulgará como parte de ninguna divulgación de registros.

En caso de presunta desobediencia de las reglas, se pueden utilizar grabaciones de vídeo para evaluar adecuadamente las acciones y las posibles consecuencias.

Bajo ninguna circunstancia se venderán, distribuirán, exhibirán ni utilizarán grabaciones para ningún fin distinto al descrito explícitamente en este documento o según lo exija la ley.

Al firmar este documento y dar mi consentimiento a los elementos aquí incluidos, reconozco y apruebo específicamente el uso de videovigilancia y grabación, y libero cualquier derecho personal sobre estas grabaciones.

Educación sobre VIH y hepatitis

Me han ofrecido materiales sobre la infección por VIH y hepatitis.

Derechos del paciente

Como paciente, tienes derecho a:

- Ser tratado con consideración, respeto y dignidad.
- No ser objeto de discriminación al determinar la elegibilidad para el tratamiento.
- No ser tratado de ninguna manera que constituya abuso, acoso, explotación financiera, represalia, humillación o negligencia.
- Dar consentimiento informado para recibir un servicio. (Los pacientes adultos deberán firmar un consentimiento informado para recibir un servicio. Si el paciente tiene un tutor legal, éste deberá firmar el consentimiento).
- Tener consentimiento informado o rechazo o expresión de elección con respecto a la divulgación de información, servicios concurrentes y composición del equipo de prestación de servicios.



- Participar en sus planes de tratamiento y gestión de casos y estar informado de su contenido.
- Tener un tratamiento individualizado.
- Presentar una queja, recomendación u opinión sobre el servicio que recibe sin temor a represalias.
- Dar consentimiento informado con respecto a la participación en estudios de investigación con excepción de un menor cuyo padre o tutor deberá dar consentimiento informado.
- Confidencialidad de acuerdo con las leyes estatales y/o federales.
- Solicitar una declaración escrita del cobro de un servicio y ser informado sobre la política de evaluación y pago de honorarios.
- Ser informado de las reglas de conducta del paciente, incluidas las consecuencias por el uso de alcohol y otras drogas u otras infracciones que puedan resultar en medidas disciplinarias o despido.
- Revise su registro de paciente.
- Recibir una copia gratuita de su registro.
- Tener la oportunidad de votar en una elección política.
- Recibir adaptaciones razonables que garanticen la privacidad al bañarse e ir al baño.
- Obtener acceso o derivación a representación legal adecuada, servicios de apoyo de autoayuda y servicios de apoyo de defensa.
- Consultar con un miembro del clero, un abogado privado o un médico contratado por usted.
- Recibir visitas.
- Enviar y recibir comunicaciones por correo, teléfono y telégrafo, y estas comunicaciones no serán censuradas ni leídas sin consentimiento.

Si cree que se han violado sus derechos como paciente o tiene una queja, Stepworks Recovery Centers hará todos los esfuerzos razonables para resolver su queja. Si cree que su queja no se resolvió adecuadamente, puede comunicarse con el defensor del pueblo del Gabinete de Servicios de Salud al 1-800-372-2973 y/o presentar un formulario de queja, que se puede encontrar en el tablero de anuncios.

He leído y comprendo plenamente mis derechos, y el personal de Stepworks ha respondido todas las preguntas que pueda haber tenido.

Al firmar este consentimiento, reconozco que:

- **He leído el consentimiento anterior, lo entiendo y lo firmo voluntariamente como mi propio acto y escritura libre;**
- **No se han realizado representaciones orales, declaraciones o incentivos, aparte del acuerdo escrito anterior;**
- **Tengo al menos 18 años de edad, soy plenamente competente, y ejecuté este comunicado con plena, adecuada y completa consideración, con la intención de quedar plenamente obligado por él.**

Firma del paciente/tutor

Fecha

Testigo

Fecha