

## **Bienvenidos a los Servicios de Nicasa**

Para mejor servicio, El Departamento de Cuentas de Clientes ha desarrollado una lista de reglas para pagar. Le pedimos que usted siga estas reglas de asistencia y procedimientos de pagar.

### **Asistencia**

Tomamos la asistencia en el momento en que usted recibe su recibo. Antes de entrar a su grupo, siempre tiene que pasar a la caja para recoger su recibo aun si ya ha pagado todo el programa. Nosotros usamos este metodo para contar y verificar la asistencia. Si usted no obtiene su recibo de la cajera o el cajero, sera marcado como ausente. Se requiere su asistencia en cada sesión. Si usted no puede asistir alguna de las sesiones, tiene que ponerse en contacto con su consejero o consejera.

### **Cobro de multa para la cancelación**

Si usted falta una de las citas designadas, se le agregara un cobro de multa de \$25 por no asistir. El horario designado es especificamente programado para usted y requeremos que usted cancele por lo menos 24 horas antes de su cita. Si esta en un grupo o en una sesión individual, también tiene que ponerse en contacto con su consejero o consejera principal llamandole al (847) 546-6450.

### **Sesiones de la reducción del riesgo**

Se requiere el pago completo en la primera sesión.

### **Servicios del paciente externo**

En cada sesión se le cobrara por el costo del programa. Se requiere que pague en cada sesión. Si no paga en cada sesión, puede ser expulsado del grupo y tendra que empezar de nuevo. Tendra que pagar toda la cuenta antes de que vuelva a empezar.

### **Servicios individuales**

Todos los servicios individuales deben ser pagados a la hora del servicio.

### **Cheques rechazados**

Hay un cobro de proceso de \$30 para los cheques regresados y este sera agregado a su cuenta. Se requiere un pago en efectivo más los \$30 de proceso. Todos los servicios seran suspendidos hasta que pague lo que debe.

### **Reembolso de la aseguranza**

Nuestra poliza es que usted es responsable por la cuenta en el momento del servicio. Por favor avise al departamento de cuentas si quiere procesar la aseguranza. Nicasa verificara los beneficios y estamos disponibles para ayudarle. Por favor pongase en contacto con la cajera o el cajero para obtener la forma para aseguranza. Completando esta forma devuelvala a la caja.

Gracias por escoger a Nicasa.

Trataremos de hacer todo el esfuerzo para contestar sus preguntas.

**OFICINAS DE SALUD MENTAL Y DESHABILIDADES DEL DESARROLLO**  
**Departamento de Servicios Humanos de Illinois**

**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**  
**ESTE AVISO ES PARA CUMPLIR CON LA LEY FEDERAL DEL "ACTA DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD DE 1996". ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SUYA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN**

Cuando usted recibe tratamiento (tal como en instituciones de salud mental / o deshabilitades del desarrollo), servicios de convalecencia con algunas agencias comunitarias o proveedores y beneficios (tal como Medicare, Medicaid); las Oficinas de Salud Mental y Deshabilitades del Desarrollo (OMH / ODD), Departamento de Servicios Humanos (DHS), compilarán la información personal y de salud suya.

**LE PEDIMOS QUE FIRME LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTE AVISO PARA CERTIFICAR QUE LO RECIBIÓ**

**Λ LA INFORMACIÓN DE SALUD INCLUYE Y SE RELACIONA A:**

- su condición física, médica o de salud mental del pasado, presente y futuro;
- pagos por cuidado o servicios que usted recibió en el pasado, presente o futuro;
- cuidado y servicios que usted recibió.

**Λ DECLARACIÓN DE OMH/ODD-DHS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN**

La ley requiere que OMH/ODD-DHS proteja la privacidad de la información personal de su salud. La ley requiere que la OMH/ODD-DHS le provea a usted este aviso que explica nuestros deberes legales y nuestras prácticas de la privacidad de la información. Cada vez que usted vaya a un proveedor de cuidado de salud se crea un expediente para retener el cuidado, tratamiento o servicios provistos. Esta información se compila para uso en prácticas legales, de información regulación y de negocios. Este aviso describirá algunas de las maneras en la que podemos usar o divulgar su de salud personal (PHI), sus derechos y nuestras obligaciones para proteger y salvaguardar esta información.

**Λ REVISIONES/CAMBIOS DE AVISOS DE PRIVACIDAD**

OMH/ODD-DHS reserva el derecho de revisar o cambiar el contenido de este aviso. Si cambiáramos el contenido, habrá un nuevo aviso disponible en todas las instituciones y oficinas así como también en nuestro sitio web del Internet en [www.dhs.state.il.us](http://www.dhs.state.il.us), dentro de 30 días de la fecha de vigencia del cambio. Este nuevo aviso aplicará a toda la información de salud personal mantenida por OMH/ODD-DHS, sin considerar de dónde se compiló la información. El nuevo aviso indicará "Revisado" e incluirá la fecha en la cual el cambio entró en vigencia.

**Cada vez que usted vaya a OMH/ODD-DHS para servicios se le ofrecerá una copia del aviso actual.**

**Λ RESPONSABILIDADES DE OMH/ODD-DHS BAJO EL ESTÁNDAR FEDERAL DE PRIVACIDAD**

- % Todos los empleados, voluntarios y contratistas deben proteger la privacidad de su información;
- % Los empleados sólo pueden tener acceso a su información si se relaciona directamente al trabajo o a los servicios que proveen;
- % OMH/ODD-DHS penalizará los empleados, voluntarios y contratistas que no protejan su información.

**Λ LAS FUNCIONES DEL CUIDADO DE SALUD INCLUYEN**

- % un medio de comunicación en la planificación de tratamiento y servicios de convalecencia para usted;
- % una fuente para educar a profesionales de la salud;
- % un documento legal que describe el cuidado que usted recibió;
- % un instrumento para evaluar la calidad y lo adecuado del cuidado que se proveyó
- % una fuente de datos en administración y en la planificación administrativa y de negocio;
- % verificar servicios por el cual un pagador de terceros factura.

**TRATAMIENTO**

- % OMH/ODD-DHS puede usar su información para proveer, coordinar o administrar servicios del cuidado de salud.

**PAGO**

OMH/ODD-DHS puede verificar la información que usted proveyó para verificar la elegibilidad para la asistencia económica, pagos y beneficios.

*Un ejemplo sería cuando OMH/ODD- DHS factura a su seguro, y la factura incluye información que lo identifica a usted.*

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES SIN AUTORIZACIÓN**

### **FUNCIONES DEL CUIDADO DE SALUD**

OMH/ODD-DHS puede utilizar su información de salud para evaluar y mejorar sus funciones.

*Un ejemplo sería que el personal médico y el director de calidad o el comité de revisión de utilización puede usar su información u otros datos relacionados para evaluar el cuidado y resultados para mejorar la calidad del cuidado.*

### **EDUCACIÓN / INVESTIGACIÓN**

OMH/ODD-DHS puede usar información para educar a profesionales del cuidado de salud.

*Un ejemplo sería programas de capacitación relacionados al cuidado de salud, o como una fuente de datos para investigación.*

### **REQUISITOS LEGALES**

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud como requieran las leyes federales, estatales y locales.

OMH/ODD-DHS puede divulgar información a un oficial de la ley.

*Un ejemplo sería identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo fundamental o una persona desaparecida*

**Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un delito cometido ni de la amenaza para cometer un delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospecha de abuso de niños ni otra negligencia que debe ser reportada bajo la ley a las autoridades estatales, federales o locales apropiadas.**

### **PLANIFICACIÓN DE NEGOCIOS**

OMH/ODD-DHS puede usar su información para revisar datos para la planificación y administración de negocios.

*Un ejemplo sería para la planificación de servicios y equipo.*

### **ACREDITACIÓN / AUDITORÍAS**

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información para evaluaciones y acreditación de programas.

*Un ejemplo sería la revisión de información por la Comisión Conjunta de Acreditación para Funciones del Cuidado de la Salud para asegurar que nuestros programas alcanzan los estándares requeridos para las funciones del cuidado de la salud.*

### **TRATAMIENTO/SERVICIOS**

OMH/ODD-DHS puede usar su información para evaluar y mejorar la calidad del tratamiento y servicios.

*Un ejemplo sería la revisión de la documentación y servicios que usted recibió para evaluar las capacidades y el desempeño de los profesionales del cuidado de la salud.*

### **ASOCIADOS DE NEGOCIOS**

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información a nuestros socios de negocios para que ellos puedan realizar los servicios para el cual fueron contratados. Requerimos que nuestros socios de negocios salvaguarden apropiadamente su información.

*Ejemplos incluyen: proveedores de servicio de copias que procesan copias de sus registros; servicios contratados por médicos de salas de emergencia, o servicios del personal contratado para propósitos de facturar y de auditoría.*

### **SALUD PÚBLICA**

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública o legales. Estas actividades incluyen: la prevención de enfermedades bajo control o para reportar enfermedades contagiosas.

*Un ejemplo sería la necesidad de reportar una enfermedad contagiosa.*

### **AMENAZA GRAVE A LA SALUD Y SEGURIDAD**

OMH/ODD-DHS puede usar o puede divulgar su información de salud al personal médico o personal que hace cumplir la ley. *Un ejemplo sería si se determina que hay una probabilidad de daño físico inmediato a usted o a otros y la información se necesita para prevenirlo.*

### **LA COMISIÓN DE TUTORÍA Y ABOGACÍA/EQUIP. FOR EQUALITY, INC.**

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud a La Comisión De Tutoría Y Abogacía/Equip. For Equality, Inc., de acuerdo con las leyes del estado y federales.

*Un ejemplo sería investigar una queja hecha por usted o de otra persona por usted.*

**CAUSAS RELACIONADAS A LA MUERTE: EXAMINADOR FORENSE/ MÉDICO**

OMH/ODD-DHS puede divulgar información al examinador médico o médico forense.

*Un ejemplo sería identificar a una persona difunta o para muertes que se deben reportar como requiere la ley.*

**PROCEDIMIENTOS DE LICENCIA Y REVOCACIÓN**

% **Procesos para la Revocación de la licencia:** Podemos divulgar su información personal si usted ha registrado una queja contra un doctor u otro proveedor del cuidado de salud y la información se necesita en el procedimiento.

% **Procesos Judiciales/Administrativos y Criminales:** Podemos divulgar su información como respuesta a una orden de corte.

% **Procesos de Abuso/ Negligencia:** Podemos divulgar información a un tribunal o juez administrativo en un proceso con respecto al abuso o negligencia de un residente en una institución.

**EXÁMENES ORDENADOS POR LA CORTE**

% OMH/ODD-DHS puede divulgar su información si un tribunal ordena que usted debe ser examinado por condiciones relacionadas a salud mental, deshabilidad del desarrollo u otros trastornos.

*Un ejemplo sería en los procedimientos de comisión donde podemos divulgar su información para hacer una determinación para tratamiento ordenados por la corte y servicios.*

**SISTEMAS DE ENTREGA - CONTINUIDAD DEL CUIDADO**

% OMH/ODD-DHS puede divulgar e intercambiar información de salud a proveedores de salud mental o de deshabilitades en el desarrollo, autoridades de retraso y otros proveedores de salud mental.

*Un ejemplo sería de coordinar servicios de convalecencia.*

**DESHABILIDADES EN EL DESARROLLO/BARRERAS DE COMUNICACIÓN**

% OMH/ODD-DHS puede divulgar información acerca de su actual condición física y mental.

*Un ejemplo sería entregar información a un padre/madre o a un tutor de acuerdo con la ley estatal*

% OMH/ODD-DHS puede divulgar información de salud cuando existen barreras de comunicación.

*Un ejemplo sería incompetencia mental para que tratamiento pueda ser administrado.*

**CONTINUIDAD DEL CUIDADO - DELINCUENTES CON NECESIDADES ESPECIALES**

% OMH/ODD-DHS puede divulgar o puede intercambiar información de salud a agencias o personas comprometidas en su supervisión si usted ha sido condenado de un crimen; o está en custodia o en supervisión de sistemas criminales de justicia.

*Ejemplos serían para propósitos de tratamiento, pago o ciertas funciones del cuidado de salud.*

**INSTITUCIÓN CORRECCIONAL**

% OMH/ODD-DHS puede divulgar su información de salud si usted está en custodia o es un preso de una institución correccional.

*Un ejemplo sería de proveerle a usted servicios de cuidado de salud.*

**RECLAMOS DE SEGUROS / PAGO POR SERVICIOS**

% OMH/ODD-DHS puede divulgar cierta información sobre usted si muere o un tribunal lo encuentra incompetente.

*Un ejemplo sería que su seguro pague beneficios para sus servicios de cuidado de salud.*

**PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL GOBIERNO**

% OMH/ODD-DHS puede usar o puede divulgar su información de salud a programas de beneficios de gobierno.

*Un ejemplo sería la administración de un programa de beneficios de gobierno tal como Medicaid.*

**SECRETARIO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS**

OMH/ODD-DHS debe divulgar su información al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando soliciten para imponer las leyes de privacidad.

#### **ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA DE SEGURIDAD NACIONAL - PROTECCIÓN DE OFICIALES FEDERALES**

OMH/ODD-DHS puede divulgar su información a oficiales federales autorizados de inteligencia, actividades de contra espionaje u otras actividades nacionales de seguridad y para proveer protección al Presidente de los Estados Unidos y otros oficiales federales como lo autoriza la ley.

#### **Código de Regulaciones Federales Título 42 CFR Parte 2**

Si usted recibe tratamiento para dependencia química (abuso de drogas o alcohol) sus registros que se relacionan a su tratamiento y servicios son protegidos por la ley y regulaciones federales. La violación de estas leyes que protegen los registros del tratamiento de dependencia química es un delito y las infracciones sospechadas se pueden reportar a las autoridades de acuerdo con las regulaciones federales.

OMH/ODD-DHS no puede proveer información a ninguna persona fuera del DHS referente a que usted ha estado internado en una institución o que usted recibe tratamiento para dependencia química o servicios y tampoco puede divulgar información que lo identifique como un individuo que abusa de alcohol o drogas.

#### **AUTORIZACIÓN PARA LAS DIVULGACIONES**

- K OMH/ODD-DHS puede divulgar información relacionada a su tratamiento para la dependencia química con autorización específica por escrito.
- K OMH/ODD-DHS puede divulgar información relacionada con el VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO / SIDA con autorización específica por escrito.
- K OMH/ODD-DHS puede usar o divulgar otra información de salud acerca de usted que no esté cubierta por este aviso o por leyes federales y estatales sólo con su autorización por escrito.

**NOTA:** Las leyes federales y estatales prohíben que se re-divulgue información sobre la dependencia química sin su autorización específica por escrito.

#### **DIVULGACIONES PERMITIDAS SIN AUTORIZACIÓN / O COMO SE REQUIERE POR LA LEY**

- K Según una orden especial de tribunal que cumple con el Código 42 de Reg Federal, Parte 2, subparte E.
- K Al personal médico en una emergencia médica.
- K Al personal calificado para investigación, auditoría o evaluaciones de programas.
- K Para reportar sospecha de abuso o negligencia.
- K La información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) / SIDA puede ser divulgada en ciertas circunstancias cuando se requiere por ley federal o del estado.

**DERECHOS SOBRE SU INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL** **REVOCACIÓN DE DERECHOS** Si usted nos provee permiso para utilizar o divulgar su información de salud, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si usted decide revocar la autorización, nosotros no utilizaremos o divulgaremos su información por cualquier razón que requiera su autorización por escrito. Sin embargo, no podemos retractar ninguna declaración que hayamos hecho antes de procesar su pedido de revocación.

#### **DERECHOS - ACCESO Y COPIAS**

Usted o su representante autorizado tiene el derecho de inspeccionar y/o recibir una copia de su información de salud (en la mayoría de las situaciones) para incluir expedientes médicos o de facturas. Sin embargo, NO INCLUYA APUNTES DE PSICOTERAPIA.

#### **APROBACIÓN PARA EL ACCESO Y COPIAS**

- % Su pedido debe ser hecho por escrito
- % Su pedido debe declarar un período de tiempo y se debe incluir una autorización válida;

- % Si su pedido para el acceso se aprueba, usted será avisado para planificar una cita conveniente;
- % En vez de suministrar acceso, el individuo está de acuerdo que se provea un resumen o resumen de la información pedida;
- % OMH/ODD-DHS o los proveedores contratados de servicio pueden cobrar un cuota para procesar su pedido.

### **NEGACIÓN DEL ACCESO Y COPIAS**

- % Su pedido no fue hecho por escrito, no expresó un periodo de tiempo / ni se incluyó una autorización válida;
- % La información solicitada no es parte de la información mantenida por OMH/ODD-DHS ni parte del conjunto del expediente designado;
- % La información solicitada se obtuvo de alguien que se le prometió confidencialidad y al permitir acceso divulgaría su identidad;
- % La información se compiló con anticipación razonable de, o para el uso, en un procedimiento legal;
- % Usted es un preso o está en custodia de una institución correccional y al proveer acceso puede arriesgar la seguridad de un oficial, empleado u otra persona.

### **DERECHOS - ENMIENDAS Y MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Usted tiene el derecho de pedir a OMH/ODD-DHS que enmiende o modifique la información si usted cree que está incorrecta o incompleta. Usted puede obtener un formulario para documentar su pedido / enmienda de la institución donde recibió servicios.

### **APROBACIÓN DE LA ENMIENDA / MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

- % El pedido debe hacerse por escrito, incluye una razón para respaldar el pedido y debe declarar el episodio específico del cuidado;
- % Si aceptamos el pedido para la enmienda (en total o en parte), le avisaremos que la enmienda ha sido aceptada y le pediremos a que identifique a otros que deben recibir la enmienda;
- % Haremos esfuerzos razonables para informar y proveer la enmienda a individuos identificados;
- % La información enmendada será añadida al conjunto designado de expedientes y mantendrá los estándares de retención de expedientes.

### **NEGACIÓN DE ENMIENDA / MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**

- % Si su pedido no fue entregado por escrito o fue hecho antes del 14 de abril del 2003;
- % Si el pedido no incluye una razón para apoyar el pedido;
- % Si no forma parte de la información creada ni conservada por OMH/ODD-DHS ni forma parte del conjunto designado de expedientes;
- % Si el expediente está correcto y completo.

### **DERECHOS - DECLARACIÓN DE DESACUERDO**

Usted tiene derecho de someter una declaración por escrito en desacuerdo de la "Negación de la Enmienda". Usted puede obtener un formulario de la institución donde recibió servicios para documentar su "Declaración de Desacuerdo". "La Declaración de Desacuerdo" debe ser enviado al Oficial de Privacidad en la institución. Incluiremos ambas la copia de la "Negación de la Enmienda" y la "Declaración del Desacuerdo" con cualquier divulgación en el futuro. Además, podemos elegir proveer una refutación por escrito al individuo y agregar la refutación al conjunto de expedientes designados.

### **DERECHOS- PEDIDOS DE RESTRICCIONES / LIMITACIONES EN EL USO O DIVULGACIÓN**

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitar en su información de salud personal que utilizamos o divulgamos para propósitos de tratamiento, pago y funciones de cuidado de salud. Usted también tiene el derecho de limitar la información que divulguemos a los proveedores de cuidado o a los que reciben pago. Sin embargo, OMH/ODD-DHS no tiene que cumplir con su pedido.

### **ACUERDO - RESTRICCIONES / LIMITACIONES EN EL USO O DIVULGACIÓN**

- % Si OMH/ODD-DHS está de acuerdo con la restricción, y es de compromiso, nosotros no podemos usar ni podemos divulgar la información;
- % OMH/ODD-DHS documentará cualquier restricción que acordamos y retendrá esa documentación por seis años desde la fecha que fue creada o la última vez que estaba en vigencia, el que sea más tarde.

## **EXCEPCIONES - RESTRICCIONES / LIMITACIONES DEL USO O DIVULGACIÓN**

- & La información de salud restringida, puede ser dada a otro proveedor de cuidado de salud como se permita para  
% proveer para tratamiento de emergencia, pero solicitaremos que otro proveedor no haga uso adicional/entregas;
- % OMH/ODD-DHS no se compromete a restricciones para usos o entregas de información al individuo;
- % OMH/ODD-DHS no restringirá información permitida/requerida por las leyes federales y estatales que ponen bajo el mandato de declaración.

## **TERMINACIÓN DEL ACUERDO - RESTRICCIÓN DEL USO O DIVULGACIÓN**

OMH/ODD-DHS puede terminar el acuerdo de una restricción si el individuo está de acuerdo / pide la terminación por escrito; o si el individuo está de acuerdo oralmente y se documenta el acuerdo oralmente.

OMH/ODD-DHS puede terminar el acuerdo de la restricción sin el acuerdo del individuo, si al el individuo se le informa que estamos terminando la restricción. Tal terminación es sólo efectiva con respecto a la información de salud protegida, creada o recibida después que el individuo ha sido notificado.

## **DERECHOS - INFORME DE DIVULGACIONES**

Usted tiene derecho de solicitar un informe o contabilidad de las divulgaciones. Esta es una lista de las veces que se ha divulgado información sobre su salud. Usted puede solicitar contabilidad por un período de menos de seis años o para una fecha especificada dentro del periodo de seis años y sólo para las divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003. Su pedido debe ser por escrito y podemos cobrar una cuota razonable.

## **CONTABILIDAD REQUERIDA DE LAS DIVULGACIONES**

Proveeremos contabilidad de las divulgaciones que incluirán:

*Ejemplos: La información reportada para la prevención / control de enfermedades; investigaciones de abuso / negligencia; revisiones e investigaciones de omisiones de actividades de cuidado de salud; para propósitos de cumplimiento de la ley; servicios de protección de salud y seguridad, y divulgaciones de compensación para trabajadores u otras determinaciones médicas convenientes.*

**No tenemos que proveer contabilidad de las divulgaciones que incluirán:**

*Ejemplos: Tratamiento, pago o funciones del cuidado de salud; el individuo con autorización; otras ciertas razones como provisto por la ley; divulgaciones imprevistas y divulgaciones que ocurrieron antes del 14 de abril de 2003.*

## **DERECHOS - PEDIDO DE COMUNICACIÓN ALTERNATIVA**

Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos en privado con usted con respecto a su información de salud por medio de un método alternativo o una ubicación específica cuando el pedido se puede administrar razonablemente. Usted puede obtener una formulario para documentar su pedido de la institución donde usted recibió los servicios. No requeriremos una explicación a base del pedido y haremos cada intento para acomodar razonablemente los pedidos.

*Un ejemplo de comunicación alterna incluye pero no se limita a: Comunicación con el individuo sólo en el trabajo o por correo o comunicación en su propio idioma con el uso de un interprete o método preferido de comunicación.*

## **PEDIDOS - INFORMACIÓN ADICIONAL**

Para solicitar copias adicionales de este aviso u información adicional de la Institución de Salud Mental o Deshabilidades del Desarrollo donde usted recibió servicios, comuníquese con el Oficial de Privacidad en la institución.

## **PROCESO DE QUEJAS**

Si usted cree OMH/ODD-DHS ha infringido algunos de sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de registrar una queja comunicándose con cualquiera de lo siguientes:

K Oficial de Privacidad en: la Dirección de la Institución:

K Oficial de Privacidad en: Departamento de Servicios Humanos de Illinois al: 100 S Grand Ave East, Springfield, Il 62762;

K Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al: 233 N. Michigan Av., Ste 240, Chicago, Il. 60601

ono: 312 886-2359 Teletipo 312 353-5693 FAX 312 886-1807

Fecha Efectiva: 14 de abril de 2003

# Nicasa

## TUBERCULOSIS AND HIV/AIDS TESTING SITES

The Illinois Department of Alcoholism and Substance Abuse (DASA) has recommended that all clients being evaluated or treated for alcoholism or other substance abuse related problems be provided with information on local testing and treatment availability.

**ALL CLINICS REQUIRE THAT YOU RESIDE IN THE COUNTY THEY SERVE.**  
 You must return to the clinic three days after your test for examination of TB test.

### TB TESTING

### HIV/AIDS TESTING

<b>Lake County Residents:</b>	
Lake County Tuberculosis Clinic 2415 Dodge Avenue Waukegan, IL 60085 phone: 847/377-8700 hours: \$10 or Medicaid Card, No appt. required	Lake County Health Dept. 2400 Belvidere Waukegan, IL 60085 847/360-6500 No charge, by Appointment
<b>Cook County Suburban Residents:</b>	
Cook County Suburban Tuberculosis Clinic 9326 Church Street Des Plaines, IL 80016 phone: 847/297-1090 hours: 11 am – 6:30 pm; Monday 9 am – 4:30 pm Tuesday & Friday cost: No charge, No appt. required	Cook County Dept. of Public Health / Medica Locations in Rolling Meadows, Maywood, Bridgeview, and Markham 708/492-2190 Hours vary No charge, by Appointment
<b>City of Chicago Residents:</b>	
Call Directory Assistance for nearest facility.	
<b>McHenry County Residents:</b>	
McHenry County Tuberculosis Clinic 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098 phone: 815/338-6675 hours: By appt. only on Monday, Tuesday, Thursday, & Friday cost: \$5.00	Communicable Disease / HIV Program 2200 N. Seminary Avenue Woodstock, IL 60098 815/338-6675 M-F No charge, by Appointment
<b>Kenosha County Residents:</b>	
Kenosha County Health Department 714 52 <sup>nd</sup> Street Kenosha, WI 53142 phone: 262/605-6780 hours: 8 – 11:30 am, 1 – 4:30 pm on Monday, Tuesday, Thursday, & Friday cost: \$5.00, No appt. required	Kenosha County Health Department 714 52 <sup>nd</sup> Street Kenosha, WI 53142 262/605-6700 or 800/472-8008 No charge, by Appointment



## The Lake County Health Department

### The clinic offers confidential HIV testing

- Free
- Anonymous
- Monday through Friday by appointment
- Morning, afternoon and early evening
- Call 847/377-5450
- 2400 Belvidere Road, Room 132 in Waukegan

### The clinic offers STD testing on a walk-in basis

- Sliding Scale
- Anonymous
- 2400 Belvidere Road – Main Desk
- Tuesday 8:15 a.m. or Thursday 4:00 p.m.
- Limited space

### The clinic offers TB testing on a walk-in basis

- \$10 – Medicaid Card
- Monday to Friday – 8 to 4
- Call 847/377-8700
- 2415 Dodge Avenue in Waukegan

## HIV / AIDS Information

### How can you tell who has the virus?

- Only through testing
- People who are infected may look healthy and infect others

### How can you get HIV / AIDS?

- Semen or vaginal fluids
- Infected blood
- Sharing infected needles
- Infected mother who transmits it while pregnant, giving birth or breast feeding

### How can you avoid it?

- The only 100% way is to abstain or not have sex
- Avoid other people's blood
- Do NOT share needles
- Have available and use latex condoms whenever you have sex
- Do NOT have sex with a person if you don't know their history
- Get tested whenever you change partners
- Have them get tested, also!
- Make sure your partner has been tested
- Become educated about STD / HIV symptoms

## Tuberculosis Information

### What is Tuberculosis or TB?

- TB is an airborne disease spread when an infected person coughs, sneezes, laughs or sings
- It is a disease spread from person to person that usually affects the lungs
- It can also affect the brain, kidneys or spine
- TB can affect anyone

### What are the symptoms of TB?

- Feeling weak or sick
- Weight loss
- Fever
- Night sweats

### Who is at a higher risk to get TB?

- People who share breathing space with someone infected with TB
- Poor people
- Homeless people
- People from countries with a lot of TB
- Nursing home residents
- Prisoners
- Alcoholics
- Intravenous drug users
- People with medical conditions
- People infected with HIV / AIDS

# Nicasa Program Orientation/Orientacion del Program

Client Name/Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Client #/Numero de Cliente: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

## Your input is important/Su opinion es importante

Client  
Initials/Iniciales

Nicasa strives toward improving care for all individuals served. If you have suggestions about how we can do better, please tell your counselor or follow the instructions at [www.nicasa.org](http://www.nicasa.org). Nicasa se esfuerza para mejorar el servicio que provee a cada individuo. Si usted tiene alguna sugerencia en como podriamos mejorar. Por favor comentenselo a su consejero o siga las intrucciones que estan en el website [www.nicasa.org](http://www.nicasa.org)

## Discharge criteria/Criteria para terminar

Client  
Initials/Iniciales

In order to complete your program successfully, you will need to accomplish the following: Para terminar con exito el programa, usted tendra que acabar lo siguiente.

- Attend scheduled sessions/ Venir a todas las sessions
- Participate in discussions and assigned work/ Participar en la charla y terminar el trabajo asignado
- Meet your treatment plan goals/Cumplir con su objetivo de plan de tratamiento
- Communicate your needs to your counselor/Comunicar sus necesidades a su consejero (a)
- Coordinate your care with your therapist or doctor, if applicable/Coordinar su cuidado con el terapeuta o doctor, si aplica.

**Use of tobacco/Usos de Tabaco** - There is no tobacco product use (including e-cigarettes, vaping) inside Nicasa property/vehicle or within 15 feet of any entrance/exit door. No person under the age of 18 may use tobacco on any Nicasa property or vehicle. No se permite el uso de ningun producto de tabaco (Incluye-ecigarrets, vaping) dentro de la propiedad de Nicasa o dentro de su automovil a 15 pies de cualquier entrada o puerta de salida. Persona menores de 18 anos no deben usar tabaco dentro de la propiedad de Nicasa ni en su automovil.

Client  
Initials/Iniciales

## Illegal or legal substances brought into the program/Sustancias legales o ilegales introducidas en los programas

Client  
Initials/Iniciales

Alcohol, illegal drugs and any intoxicating substances are not allowed on Nicasa property. El alcohol, drogas ilegales o cualquier sustancia toxicas nosivas a la salud no son permitidas en la propiedad de Nicasa.

## Weapons brought into the program/Armas introducidas a los programas

Client  
Initials/Iniciales

Nicasa maintains a safe environment. Nicasa prohibits the possession or use of dangerous weapons in Nicasa property to the fullest extent of the law. This includes, but is not limited to, firearms, explosives, knives and other weapons that might be considered dangerous or that could cause harm. Nicasa mantiene un ambiente seguro. Nicasa prohíbe el uso, o posecion de armas peligrosas no permitidas por la ley en su propiedad. Estas incluyen pero no se limitan a Armas de fuego, explosivos, cuchillos u otras armas que puedan considerarse peligrosas o que puedan causar dano.

## Emergency Response/Respuesta de Emergencia

Client  
Initials/Iniciales

- Emergency exits are marked throughout the building
- Fire Suppression Equipment is available at key points throughout the building
- I am aware Basic first aid kits are located at all Nicasa locations. Las salidas de emergencia estan marcadas en todo el edificio. Equipo contra incendios esta disponible en puntos claves del edificio. Tambien hay un equipo basico de primeros auxilios en todas las agencias de Nicasa

**Complaint and appeal procedure/Procedimientos para quejas y apelaciones** - Most questions and concerns can be resolved by discussing them with your counselor. However, complaints or grievances can be made to any staff person, or by using the confidential satisfaction survey available at all sites, or the feedback/concerns survey at [www.nicasa.org](http://www.nicasa.org). An initial response will be made within 7 days, for any complaints submitted in writing or electronically, if contact information is provided for such response. A request for a Case Review (regarding an evaluation or current treatment placement) should be submitted in writing to the Director of the location where services were received. La mayoria de preguntas, quejas o preocupaciones puede ser resueltas charlando con su consejero. Sin embargo las quejas o reclamaciones puede hacerse con cualquier personal de Nicasa, usando la encuesta de satisfaccion disponible en todas las Agencias de Nicasa, o usando la encuesta de retroalimentacion y preocupaciones en [www.nicasa.org](http://www.nicasa.org). Nicasa respondera dentro de los 7 dias a su queja ya sea por escrito o electronicamente siempre y cuando provean la informacion adecuada para dar respuesta a la queja. En caso que usted desee que su caso sea revisado (Ya sea una evaluacion or colocacion de tratamiento actual) deberia ser sometida por escrito al Director donde los servicios se reciben.

Client  
Initials/Iniciales

Client  
Initials/Iniciales

**Use of electronics during group sessions/ El uso de electronicos mientras esta en grupo** - The use of all electronic devices including cell phones, tablets or any recording device is strictly prohibited at Nicasa during sessions. El uso de cualquier dispositivo electronico tales como telefonos celulares, tabletas, o cualquier otro dispositivo para grabar esta estrictamente prohibido durante las sesiones en Nicasa.

Client  
Initials/Iniciales

**Follow-Up/Siguiente etapa** - Nicasa will contact you for follow-up after discharge for a brief survey. Nicasa lo contactara para darle un seguimiento a su tratamiento haciendole una pequena encuesta despues que haya terminado.

Client  
Initials/Iniciales

**HIPAA Privacy Practices/HIPAA Practicas Privadas** – I have reviewed Nicasa’s Notice of Privacy Practices. I understand that if I have any questions regarding the Notice or my privacy rights, I can contact Nicasa’s Privacy Officer at 847-546-6450. Ha revisado la Noticia Practicas Privadas. Usted entiende que si usted tiene preguntas en cuestion de la Noticia or sus derechos de privacidad, usted puede contactar a un Oficial de Privacidad de Nicasa al (847) 546-6450

Client  
Initials/Iniciales

**Client Rights/Derechos del Cliente** - I have received a copy of Nicasa’s Client Rights. I understand the nature of treatment with Nicasa and my initials indicate consent to treatment with Nicasa. Usted recibira una copia de sus derechos en Nicasa. Usted entiende la naturaleza del tratamiento con Nicasa y al escribir sus iniciales esta dando consentimiento al tratamiento en Nicasa.

Client  
Initials/Iniciales

**Toxicology Testing Agreement/Acuerto de Pruebas de Toxicologia** – I understand that I may be asked to submit to toxicology testing randomly; that test results will be shared with my referral source with my written release; that positive test results may alter my recommended treatment; that I have the right to refuse testing and be informed of the potential consequences of refusing; that I may request a sample be sent for re-test if I dispute the results and that this re-test would be at my expense if confirmed positive. Usted entiende que al azar le van a pedir participar en pruebas de toxicologia para hacer el examen, el resultado de su examen va hacer compartido con las personas que lo refirieron siempre y cuando haya dado su consentimiento por escrito. Tambien usted entiende que una prueba positive podria resultar en una alteracion a su recomendacion y tratamiento. Usted tiene el derecho de negarse a participar en estas pruebas sabiendo que pueden haber consecuencias por ello. Tambien puede usted pedir que su prueba sea mandada a otro laboratorio para examinarla, usted sera responsable de cubrir los gastos de procesos si lo resultados son positivos.

Client Signature/Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Signature/Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

**Thank you for choosing Nicasa  
Gracias por escoger a Nicasa.**

## QUESTIONARIO INICIAL DE POPULARIDAD/ PRIORITY POPULATION SCREENING

La siguiente población de clientes se les dará prioridad cuando entren a tratamiento/ The following population of clients will be given priority when entering treatment/ The following population of clients will be given priority when entering treatment

Marque todas las que aplican/Check off all that apply/ Check off all that apply:

Si/Yes No

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazadas y usuarios de droga intravenosa/Pregnant Intravenous Drug Users/<br>Pregnant Intravenous Drug Users (IDU'S)                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazadas y recién aliviadas que abusan de sustancias/ Pregnant and postpartum<br>substance abusers  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de drogas intravenosas/IDU's   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asistencia temporal para familias con necesidades/TANF eligible  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pacientes del Departamento niños y familias/ DCFS patients   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mujeres y adolescentes/ Women and youth  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Departamento de Correcciones Personas que han salido de la prisión y han terminado el<br>tratamiento en la prisión/DOC releases who have completed a prison. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Referidos del Tratamiento alternativo para comunidades seguras/TASC referrals  |

Cualquier cliente dentro de esta población específica será inscrito inmediatamente en el momento de su registro. Si el grupo de tratamiento no está disponible inmediatamente, el consejero registrará al cliente en servicios provisionales, el cual empezará no más tarde de 48 horas después de la registración/ Any client within these specified populations will be immediately registered into treatment at the time of intake. If a treatment group is not immediately available, the intake counselor will register the client for interim services, which shall begin no later than 48 hours after the intake

El cliente ha aceptado servicios provisionales/The client has accepted interim services \_\_\_\_\_ Si /yes  
\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A

El cliente ha sido inscrito a una lista de espera por/ The client has been placed on a waiting list for \_\_\_\_\_  
en el grupo de riesgo/risk group, cycle \_\_\_\_\_ se ha programado para empezar el /and is scheduled to  
begin on \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Client Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero/Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

# Nicasa Request for Confidential Means of Communications

Nicasa Request for Confidential Means of Communication

**NICASA**

ORIGINAL/ORIGINAL

CAMBIO/CHANGE

Fecha de Hoy/Today's Date: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente/Client's Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ # de Cliente/Client #

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

\_\_\_\_\_ # de Seguro Social/Social Security Number

Dirección del Cliente/Client's Address: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día/Daytime Telephone \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ # de teléfono durante la noche/Evening Telephone

Nicasa quizás se comunicó con usted por correo, por teléfono o fax. Esta comunicación podría incluir información sobre su salud. Si usted no desea ser contactado por los métodos mencionados por favor especifique en el espacio siguiente. Nicasa may contact you by mail, phone or fax. This communication may include your protected health information. If you do not wish to be contacted by one or more of these methods please specify below:

**NO SE CONTACTE CONMIGO POR ESTE MEDIO/DO NOT CONTACT ME AS FOLLOWS:** \_\_\_\_\_

Si desea ser contactado en otra dirección diferente a la antes mencionada por favor especificarlo en el siguiente espacio/If you wish to be contacted at an address other than the one stated above, please specify below/Por favor contactarme al/PLEASE CONTACT ME AT: \_\_\_\_\_

Si hay alguna restricción sobre los pagos. Estos se harán de la siguiente forma/If the restrictions affect my payment arrangements, payment will be made as follows: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que Nicasa estará de acuerdo en todas las solicitudes razonables, pero mi solicitud puede ser negada, si yo no proporciono la información necesaria ó si proporciono la información necesaria como para los pagos si aplica. Nicasa me notificará por escrito la respuesta a mi petición/I understand that Nicasa will agree to all reasonable requests, but may deny a request if I do not clearly provide an alternative means of contact, or if I do not provide information as to how payment, if applicable, will be made. Nicasa will notify me in writing of its response to my request.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Signature of Client

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor o persona responsable/Signature of Client's Personal Representative

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

**THIS SECTION TO BE COMPLETED FOR CHANGE IN CONFIDENTIAL MEANS OF COMMUNICATION ONLY**

**For Organization Use Only:**

Date Request Received: \_\_\_\_\_

Date of Written Response: \_\_\_\_\_

Action taken (CHECK ONE): \_\_\_\_\_ Approved \_\_\_\_\_ Denied

\_\_\_\_\_  
Staff person signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Nicasa

## Tuberculosis (TB) and HIV/AIDS Education

Client \_\_\_\_\_

Client # \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Yo he recibido informacion educativa de control sobre las enfermedades infecciosas tales como Tuberculosis (TB) y VIH/SIDA.

Un consejero(a) de Nicasa me dio una referencia por escrito para hacerme la prueba de tuberculosis o VIH/SIDA. La prueba de VIH/SIDA es gratuita y se hace en el departamento de salud del condado de Lake, la prueba de TB la hacen a un costo reducido.

I have received educational information on this date regarding infectious disease control, Tuberculosis (TB) and HIV/AIDS. The counseling staff also provided information regarding testing sites for TB, HIV/AIDS, and infectious disease. This testing is provided free of charge through Lake County Health Department.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente / Client Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero / Counselor Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

Nombre del Cliente/Client Name \_\_\_\_\_ Número de Cliente/ Client ID # \_\_\_\_\_

**La póliza de medicamentos recetados a los Clientes de Nicasa/ Prescription Drug Policy for Nicasa Treatment Clients.**

Yo/I \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB \_\_\_\_\_ Mientras estoy en Nicasa entiendo la siguiente regla que se relaciona a medicamentos/ Understand the following policy as it relates to the use of prescription drugs while I am in treatment with Nicasa.

- Inmediatamente debo informarle a mi consejero (a) sobre cualquier medicamento que esté tomando, ya sea que éste medicamento haya sido recetado por un doctor o lo hay obtenido por otros medios.
- I must immediately inform my counselor of any medication I am taking, whether this medication was obtained through a valid prescription, or through other means.
- Yo debo reportar a mi consejero (a) si habido algún cambio en mi régimen de medicamentos, ya sea que haya hecho este cambio bajo dirección médica o por mi cuenta (Ex. Tomar más medicamento del recetado, tomar más o menos frecuente el medicamento del recetado).
- I must report to my counselor any change that I have made to my medication regimen, whether I have done this under the direction of my physician or not (ex. Taking more or less than prescribed, taking more or less frequently than directed, etc)
- Todos los clients en tratamiento de abuso de sustancias DEBEN informarle a su doctor sobre su tratamiento para que el doctor tome en cuenta cuando le recete los medicamentos.
- All clients in treatment for substance use disorder MUST inform their prescriber of this, so that the prescriber can consider this information when making medical decision.
- No le daré a nadie el medicamento que ha sido recetado para mí, aún si la persona tiene la misma enfermedad que yo, o le han recetado el mismo medicamento que me han recetado para mí.
- I will not give medication which has been prescribed to me to anyone else, even if the other person has the same illness I have, or has been prescribed the same medication I am prescribed.
- No tomaré el medicamento que ha sido recetado a otra persona, aún si creo que tengo la misma enfermedad que esa persona, aún si creo que tengo la misma enfermedad por la cuál ellos están siendo tratados, aún si me han recetado el medicamento en ocasiones anteriores.
- I will not take a prescription medication that is prescribed to someone else, even if I believe I have the same illness that they are being treated for, and even if I believe I have the same illness that they are being treated for, and even if I have previously been prescribed the same medication.
- Tomaré mis medicamentos como me los han recetado, informaré a mi doctor si es necesario algún ajuste en mi régimen de medicamentos.
- I will take my medication as prescribed, and will inform my prescriber if I feel is a need for any adjustment to my medication regimen.
- Una vez que se haya determinado que ya no necesito más ese medicamento, voy a desechar el resto del medicamento en lugares apropiados. También pediré ayuda a mi consejero a localizar un lugar para desechar los medicamentos si es necesario.
- Once my physician has determined I am no longer in need of my medication, I will dispose of this medication in accordance with all applicable regulations. I will ask Nicasa staff for assistance locating or utilizing available disposal resources if necessary.
- Yo daré autorización a Nicasa para que haya comunicación entre el personal médico a cualquier agencia que me atiende (ex. Hospital, Clínica, Oficina de Doctor) o me recete el medicamento que tomo, Nicasa podrá verificar que la información antes mencionada, o discutir cualquier preocupación sobre la información acerca de mis medicamentos recetados.

- I will release of information allowing communication between Nicasa staff and the medical staff on any agency (ex. Hospital, Clinic, Physician's Office) that has prescribed me medication that I take at any information will allow Nicasa staff to verify any of the information listed in the above point, or to discuss any other concerns they may have about my use of prescription medication.
- Seguir los requisitos anteriores es crucial para el éxito del tratamiento. Incumplimiento puede afectar negativamente mi progreso en el tratamiento. Tiene cómo resultado informarle a mi fuente de referencia acerca de cualquier preocupación, esto puede retrasar o prevenir la finalización con éxito programa.
- Following the above requirements is crucial to a successful treatment experience. Non-compliance may adversely effect my progress in treatment, will result in my referral being notified about the concern, and may delay or prevent successful completion of the program.

---

Firma del Cliente/Client Signature

---

Fecha/Date

---

Firma del Consejero(a)/ Counselor signature

---

Fecha/ Date



## Notificación de Emergencia/Emergency Notification

Yo/I \_\_\_\_\_, por la presente autorizo al personal de Nicasa a comunicarse con las siguientes personas en caso de una emergencia/ hereby authorize Nicasa staff to contact the following persons in the case of an emergency.

**Contacto Primario/Primary Contact:**

\_\_\_\_\_  
Nombre/Name

\_\_\_\_\_  
Telefono/Phone

**Contacto Secundario/Secondary Contact: (Será contactado si el contacto primario no contesta/ to be contact if primary contact cannot be reached)**

\_\_\_\_\_  
Nombre/Name

\_\_\_\_\_  
Telephone/Phone

Si tiene una emergencia medica y no puede comunicarse con los socorristas, lo siguiente sera compartido con el personal de emergencia/If you have a medical emergency and cannot communicate with First Responders, the following will be shared with emergency personnel:

- Nombre/Name
- Direccion/Address
- Fecha de Nacimiento/Date of Birth

Escriba sus iniciales y llene lo siguiente si quiere que esta informacion sea compartida con el personal de emergencia? Please initial and complete the following if you wish this information to be released to emergency personnel:

\_\_\_\_\_ Todos los medicamentes compartidos con Nicasa que usted esta tomando/All  
Iniciales/Initials medications that you have disclosed at Nicasa that you are taking.

\_\_\_\_\_ Las siguientes alergias y/o condiciones medica/The following allergies and/or medical  
Iniciales/Initials condition(s):

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Client Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

Si usted puede comunicarse, Nicasa no compartira informacion privada de su salud con los socorristas/If you are able to communicate, Nicasa will release no private health information to First Responders.

**Forma de Referencia de Nicasa Para el Sistema de Justicia**

Nicasa Criminal Justice System Referral

Yo, \_\_\_\_\_, con número de seguro social \_\_\_\_\_, por este medio autorizo la comunicación entre Nicasa y:

I ... whose social security number is ..., hereby consent to communication between Nicasa and:

- \_\_\_\_\_ El Circuito o el Distrito de Cortes del Condado de \_\_\_\_\_ que me ordeno a recibir tratamiento (incluyendo el Juez y el Abogado del Distrito)  
Circuit or District Court of ... County ordering me to treatment (including the Judge and District Attorney)
- \_\_\_\_\_ El Departamento de Correccionales y de Libertad Bajo de Palabra  
Illinois Department of Corrections and Parole
- \_\_\_\_\_ El Departamento de Correccionales del Condado  
... County Department of Corrections
- \_\_\_\_\_ El Departamento de Probatoria del Condado  
... County Department of Probation
- \_\_\_\_\_ El Departamento de Policía de la Ciudad de \_\_\_\_\_  
City of ... Police Department
- \_\_\_\_\_ El Departamento de Sheriff del Condado de \_\_\_\_\_  
... County Sheriff's Department
- \_\_\_\_\_ Tratamientos Alternativos para una Comunidad Segura ("TASC")  
Treatment Alternatives for Safe Communities ("TASC")
- \_\_\_\_\_ Abogado Defensor \_\_\_\_\_  
Defense Attorney (name): ...

La información será compartida con el fin de informar a las agencia de justicia nombradas arriba de mi participación y progreso en los programas de Nicasa, incluyendo cualquiera de la siguiente información: Evaluation, Cartas de Culminación, Diagnostico, Plan o Resumen de Tratamiento, Información Actualización del Tratamiento en Proceso, Información sobre Manejo de Medicamentos, Reportes Toxicológicos, Pruebas de Drogas, Información Educativa, Resumen de Terminación o Traslado, Historia Legal, o Otros \_\_\_\_\_.

Information will be disclosed for the purpose of informing the criminal justice agencies listed above of my participation and progress in Nicasa programs, including any of the following information: Assessment, Completion Letters, Diagnosis, Treatment Plan or Summary, Current Treatment Update, Medication Management Information, Toxicological Reports/Drug Screens, Educational Information, Discharge/Transfer Summary, Legal History, Other: ....

Yo entiendo que Nicasa me esta proporcionando tratamiento confiando en que esta autorización permita el compartir la información con las agencias de justicia. Por lo mismo, yo entiendo que esta forma se mantendrá en efecto y no podrá ser revocada por mi hasta que hay una disposición final en el procedimiento que dio como resultado la creación de esta forma. A ese tiempo yo puedo revocar esta autorización de la siguiente manera: Enviando una carta por correo a Nicasa, 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. Si no es revocada, esta autorización será terminada en un año después de la fecha de terminación o de la disposición final en el procedimiento que dio como resultado esta forma, cual quiera que sea la última.

I understand that Nicasa is providing treatment to me in reliance on this authorization permitting disclosure to criminal justice agencies. Therefore, I understand that this authorization will remain in effect and cannot be revoked by me until final disposition of the proceeding that gave rise to the criminal justice system referral. At that time, I may revoke this authorization as follows: in writing mailed to Nicasa at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL 60073. If not revoked, this authorization will terminate one year after the date of discharge or final disposition of the proceeding giving rise to the criminal justice system referral, whichever is later.

La persona que recibe esta información confidencial podrá volverla a compartir y usarla solo para llevar a cabo los procedimientos legales de la persona.

A person who receives confidential information may redisclose and use it only to carry out that person's official duties.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (Signature of client)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Guardián o Representante Personal (Signature of Parent, Guardian or Personal Representative)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

Si usted esta firmando como un representante personal de un individuo, por favor describa autoridad para actuar por este individuo (Abogado de poder, Substituto de Salud, etc.)

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).



Positive Choices. Lifelong Solutions.

I, \_\_\_\_\_ (Client's Name), whose Date of Birth is \_\_\_\_\_, authorize Nicasa to disclose to and/or obtain from: \_\_\_\_\_

(Name of Person/Title of Person or Organization) the following information:

Description of Information to be Disclosed (Client needs to initial each item to be disclosed)

- Assessment/Evaluation, Diagnosis, Psychological Evaluation, Psychiatric Evaluation, Treatment Plan/Summary, Current Treatment Update/Status, Medication Management Information, Presence/Participation in Treatment, Nursing/Medical Information, Toxicological Reports/Drug Screens, Risk Reduction Education Information, Discharge/Transfer Summary, Continuing Recovery Plan, Progress in Treatment, Demographic Information, SOS Documentation (Updates, Tx Verification), Status/Completion Letters, Other

Purpose: The purpose of this disclosure of information is to improve assessment and treatment planning, share information relevant to services and when appropriate, coordinate services. If other purpose, please specify: \_\_\_\_\_

Revocation: I understand that I have a right to revoke this authorization, in writing, at any time by sending written notification to Nicasa, at 31979 Fish Lake Road, Round Lake, IL, 60073. I further understand that a revocation of the authorization is not effective to the extent that action has been taken in reliance on the authorization.

Expiration: Unless sooner revoked, this consent expires one year from the date of my discharge.

Conditions: I further understand that Nicasa will not condition my services on whether I give authorization for the requested disclosure. However, it has been explained to me that failure to sign this authorization may have the following consequences: client responsible for obtaining all information in person.

Form of Disclosure: Unless you have specifically requested in writing that the disclosure be made in a certain format, we reserve the right to disclose information as permitted by this authorization in any manner that we deem to be appropriate and consistent with applicable law, including, but not limited to verbally, in paper format or electronically.

Redisclosure: State and Federal law prohibit the person or organization to whom disclosure is made from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written authorization of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by 42 C.F.R. Part 2 or the Illinois Mental Health and Developmental Disabilities Confidentiality Act (740 ILCS 110/1 et seq.).

I understand that I have the right to inspect and copy the information to be disclosed. I will be given a copy of this authorization for my records.

Signature of Client Date

Signature of Parent, Guardian or Personal Representative Date

If you are signing as a personal representative of an individual, please describe your authority to act for this individual (power of attorney, healthcare surrogate, etc.).

Check here if Client refuses to sign authorization

Signature of Staff Witness Attesting to Identity & Authority Date

**Nicasa Behavioral Health Services**  
**CONSENT FOR SERVICES**

Yo, \_\_\_\_\_ estoy eligiendo para completar el Riesgo de DUI Education Program Reducción. Entiendo los siguientes requisitos de admisión:

- Proporcionar una copia de mi informe uniforme en relación con la detención de DUI más reciente
- Tener una clasificación de DUI de riesgo mínimo, moderado o significativo.
- Si se me ha encontrado para estar en necesidad de este programa, pero no tengo un Informe Uniforme (problema que se presenta no está relacionado con DUI) o la clasificación de mi DUI es de alto riesgo, sólo puedo asistir a este programa además de, no en lugar de, otras recomendaciones, y no puede utilizar fondos estatales para pagar el curso.

Entiendo que no puedo asistir a este programa si:

- Se determina Estoy en la necesidad de un mayor nivel de atención y / o participación en los servicios de educación no responder adecuadamente a mis necesidades.

Entiendo que el servicio incluye 10 horas a un periodo mínimo de 4 fechas diferentes de calendario que duran no más de 3 horas cada una, y la instrucción en el aula que proporcionará un mínimo de los siguientes:

- 1) información sobre el alcohol como una droga;
- 2) los efectos fisiológicos y farmacológicos de alcohol y otras drogas, incluyendo su deterioro residual sobre los niveles normales de rendimiento de la conducción;
- 3) otras drogas, tanto legales como ilegales, y sus efectos en la conducción cuando se utilizan por separado y / o en combinación con el alcohol;
- 4) el abuso / dependencia de sustancias y el efecto sobre los individuos y las familias;
- 5) la concentración de alcohol en la sangre ( ) nivel de BAC y su efecto en la conducción;
- 6) información sobre Illinois conducir bajo la influencia de las leyes y sanciones asociadas;
- 7) Los factores que influyen en la formación de patrones de abuso de alcohol y drogas;
- 8) y Información sobre referencias para los servicios que pueden abordar cualquier problema identificado que pueden aumentar el riesgo de futuros problemas relacionados con el alcohol / drogas.

La naturaleza y el propósito del servicio, las posibles complicaciones, las posibles alternativas a este tipo de servicios, los riesgos y las posibles consecuencias han sido plenamente explicado por \_\_\_\_\_.

Yo entiendo que hay garantía o seguridad que me ha sido dada, por cualquier persona, en cuanto a los resultados del servicio. También se me ha informado de que mis registros y revelaciones serán absolutamente confidenciales con la única excepción que la ley de otro modo requeriría tales revelaciones.

Este consentimiento es revocable por servicios por cualquiera de las partes mediante notificación por escrito. En tales casos, el caso será cerrado y mantenido para su posible uso en el futuro. Después de cerrar el caso, se respetarán las mismas normas de confidencialidad y accesibilidad a los registros.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO/ CONSENT FOR TREATMENT**

Yo autorizo y doy consentimiento que yo \_\_\_\_\_  
reciba tratamiento de Nicasa para \_\_\_\_\_

La naturaleza y el propósito de la terapia, las posibles complicaciones, y las posibles alternativas de tal terapia, los riesgos envueltos y las posibles consecuencias me las ha explicado \_\_\_\_\_

Yo me comprometo en participar en mi tratamiento que incluye:

- El desarrollo de mi plan de tratamiento
- Asistir a las reuniones individuales o de grupo, o sesiones familiares de acuerdo con los objetivos desarrollados en mi plan de tratamiento.
- Someterme a exámenes toxicológicos considerados necesarios por mi consejero.
- Seguir todas las recomendaciones y referencias hechas por mi consejero.
- Participar en 3 a 6 meses de seguimiento después de haber terminado con mi tratamiento.

Yo entiendo que no hay garantía nadie me ha dado ninguna garantía o aseguranza que se me puede dar en cuánto a los resultados de la terapia.

También se me ha informado que mi archivo y la información contenida en el quedará absolutamente confidencial, except cuando la ley lo requiera.

Este consentimiento para el tratamiento se puede revocar por cualquier parte envuelto atravez de una notificación escrita.

En tales circunstancias, el caso sera cerrado y el archive se mantendrá para un posible uso future. Después de cerrar el caso, se respetarán las mismas normas de conficencialidad y accesibilidad para los archivos.

I authorize and consent that I, \_\_\_\_\_, receive treatment by the Northern Illinois Council on Alcoholism and Substance Abuse for \_\_\_\_\_.

The nature and purpose of the therapy, the possible complications, the possible alternatives to such therapy, the risks involved and the possible consequences have been fully explained to me by \_\_\_\_\_.

I will commit to participate in my treatment including:

- Development of a treatment plan.
- Attending individual, group or family sessions, according to the goals developed in my treatment plan.
- Random toxicology screenings as deemed necessary by my counselor.
- Follow all recommendations and referrals made by/given to me by my counselor.
- Participate in 3 and /or 6 month follow ups after my discharge from the program.

I understand that no guarantee or assurance has been given me, by anyone, as to the results of the therapy.

I also have been informed that my records and disclosures will be kept absolutely confidential except only as the law may otherwise require such disclosures.

This consent for treatment is revocable by either party through written notice. In such instances, the case will be closed and maintained for possible future use. After closing the case, the same standards of confidentiality and accessibility to records will be upheld.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/ Signature of Client

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo/ Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor/ Signature of Parent or Guardian

\_\_\_\_\_  
Número de Cliente/ Client ID #

\_\_\_\_\_  
Fecha/Date

## Nicasa, NFP

### Treatment Agreement – Read carefully, sign, and bring this to your first session

Client Name: \_\_\_\_\_

Client #: \_\_\_\_\_

**Commitment:** You are enrolling in Nicasa's outpatient program. You are expected to participate in all sessions which may include talking about yourself, group exercises and group discussions related to your treatment plan.

**Confidentiality:** Information discussed in group or with your counselor must be kept confidential. If you see another group member outside of group, avoid discussing group matters. If it is brought to our attention that you have discussed group issues outside of the group, you will be removed from the group.

**Behavior:** You must be respectful of all others in the facility, including: group members, individuals you may encounter, and all Nicasa staff. Violent, disruptive, or abusive behavior will result in automatic termination from group and may result in termination of all services.

Nicasa is a no smoking (including vaping) campus. If you violate this policy, your counselor will be notified and you will be required to schedule an individual session (1:1) with your counselor. This session is \$50 and you will be charged according to your current co-pay agreement.

After your session starts (group or individual) you will **not** be allowed to exit the building without consent of your counselor. This means you cannot go outside for any reason that has not been approved by your counselor. For sessions greater than 1.5 hours, you will be given a 5 minute break. During this break, you may leave your therapy room to go to the restroom, make a phone call or get a snack. You may **not** use this time to leave the building or to wander the hallways.

You must silence your phone and **put it away** at the beginning of your treatment session. You may only take an EMERGENCY call during your session and you will need to let your counselor know the nature of the call.

**Attendance :** An excused absence is one for which you can provide documentation. Excused absences are limited to death in the family, illness, incarceration, or accident. All other absences are considered unexcused.

If at any time you are **absent from treatment for 30 days**, you will be discharged unsuccessfully, and will need a new admission appointment, or a new evaluation (depending on the amount of time that lapses) before being readmitted to treatment.

**Risk Reduction** : The full program cost is due at the first session

- If you have an excused absence, YOU need to call and re-schedule the class you missed. You cannot have ANY unexcused absences.
- If you have one unexcused absence, you must schedule, pay for, and attend the entire cycle again. You will not be refunded for the uncompleted balance of the original cycle.
- Subsequent cycle(s) scheduled because of an unexcused absence are not eligible for any fee reduction. You must pay the full program cost, even if you were originally eligible for a reduced fee.

**Treatment Group**

- If you have two consecutive unexcused absences, you will be removed from the group and must schedule and pay for an individual session with your counselor prior to returning to group.
- You will be charged a \$25.00 fee for any unexcused absence. This fee must be paid **before** you attend your next group session.
- If you have more than 2 unexcused absences during your treatment you will need to schedule a 1:1 session with your counselor.

**Individual Treatment**

- If you have two consecutive unexcused absences, your counselor may elect to have you complete another evaluation or have your treatment plan updated to address the reason behind your absences.
- You will be charged a \$25.00 fee for any unexcused absence. This fee must be paid **before** you attend your next session.

You are currently scheduled for the following (please note times are subject to change based on Agency needs):

Group Schedule:	Risk Reduction	Treatment Group	Treatment Group
Days			
Start date			
Time			

Individual Sessions: Day of Week \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**I fully understand that I am making a commitment to attend and participate in my treatment and consent to comply with all the above rules and policies.**

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Counselor Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Cc: Referral Source: \_\_\_\_\_



## Nicasa, NFP

### Contrato de Tratamiento – Leer cuidadosamente, firmar y traer el primer día de sesión.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ # de Cliente: \_\_\_\_\_

#### Compromiso:

Usted se está inscribiendo al programa de Nicasa. Se espera que participe en todas las sesiones, las cuáles incluye hablar sobre usted, participar en las actividades y charlas de grupo relacionadas a su plan de tratamiento.

#### Confidencialidad:

La información compartida en grupo ó con su consejero debe mantenerse estrictamente confidencial. Si usted ve en otro lugar a un miembro de grupo, evite hablar sobre lo que pasa en el grupo. Si nos informan que usted esta compartiendo información fuera del grupo, usted será expulsado del grupo.

#### Comportamiento:

Usted debe de ser respetuoso con los demás incluyendo compañeros de grupo, así como con alguna otra persona que usted encuentre en el edificio y con el personal de Nicasa. Un comportamiento violento, abusivo o alborotado tiene como resultado expulsarlo automáticamente del grupo sesión y cancelar sus servicios

Nicasa es una instalación dónde no se permite fumar (esto incluye los cigarros vaporizantes). Si usted viola esta póliza, se le notificará a su consejero y usted tendrá que hacer una cita para tener una sesión individual con su consejero. Está sesión costará \$50 y usted pagaría en base a su acuerdo de pago.

En cuanto su sesión empiece (en grupo o individual) **no se le permitirá** salir del edificio sin el consentimiento de su consejero. Esto quiere decir que usted no puede estar fuera de su grupo si antes haber tenido la aprobación de su consejero. Sesiones de más de hora y media tendrán un receso de 5 minutos. Durante este receso, usted puede abandonar el salón de grupo para ir al baño, hacer llamadas ó comprar algún refrigerio. **No puede** usar este tiempo para salir del edificio o ambular por los pasillos

Usted debe de silenciar su teléfono y guardarlo al comienzo de clase. Solo se permiten llamadas de emergencia, siempre y cuando le informe a su consejero la razón de su llamada

#### Asistencia:

Un ausencia justificada es cuando usted presenta la documentación apropiada. Las faltas justificadas están limitadas a muerte de un familiar, enfermedad, encarcelamiento ó accidente. Cualquier otra falta se considerada injustificada.

Si en algun momento usted se **ausenta del programa por 30 días**, se le dará de baja, y tendrá que hacer una nueva cita para registrarse ó hacer una nueva evaluación (dependiendo del tiempo que ha pasado y haya estado fuera) antes de ser admitido al programa nuevamente.

**Reducción de Riesgo:** El costo total del programa debe pagarse el primer día

- Si su falta es justificada, debe llamar y registrarse para la clase que faltó. No puede tener una falta injustificada.
- Si su falta es injustificada, debe registrarse nuevamente, pagar por las clases y asistir al ciclo completo. No se reembolsará ningún saldo o crédito del ciclo anterior.
- Clases consecutivas con faltas sin permiso, no serán elegibles para ningún descuento del precio original. Usted debe de pagar el programa sin reducción, aún si le dieron el descuento en la registraci3n pasada.

**Clases de Tratamiento/Grupo**

- Si falta dos veces seguidas sin justificaci3n, se le dar3 de baja del grupo y debe hacer una cita individual con su consejero y pagar esa cita antes de regresar al grupo.
- Se le cobrará \$25 por cualquier falta injustificada. El pago debe hacerse **antes** de regresar a la siguiente sesi3n.
- Si falta dos veces seguidas sin justificaci3n durante el tratamiento, tiene que hacer una cita individual con su consejero.

**Tratamiento Individual**

- Si tiene dos faltas consecutivas injustificadas, su consejero puede elegir que usted haga otra evaluaci3n 3 hacer un plan de tratamiento actualizado para analizar las razones de sus ausencias
- Se le cobrará \$25 por cualquier falta sin justificaci3n. El pago tiene que hacerse **antes** de que regrese a la siguiente sesi3n.

**Su horario del programa es el siguiente** (Tome en cuenta que los horarios est3n sujetos a cambios basados en la necesidad de la agencia)

Horario del Programa	Educaci3n de Riesgo	Clases de Tratamiento/Grupo	Clases de Tratamiento/Grupo
Días			
Fecha de inicio			
Horario			

**Sesi3n individual** Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Entiendo que me comprometo a venir y participar en las clases y estoy consciente que voy a cumplir con los requisitos, reglas y p3lizas que sean implementadas.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero

\_\_\_\_\_  
Fecha

Cc: Fuente de referencia: \_\_\_\_\_



Effective February 29, 2016

**Service Fees**

**EVALUATIONS**

DUI	\$150
Narrative Substance Abuse/Gambling	\$200
Mental Health Assessment	\$200
Locus Assessment	\$100
Secretary of State Part 1	\$100
Secretary of State Part 2	\$500

**INDIVIDUAL SERVICES**

Substance Abuse/Mental Health	1 hour @	\$100
Treatment Plan	1 hour @	\$100
AODA Intake	1/2 hour @	\$25
Moderate Intake	1 hour @	\$100
Significant/High Risk/IOP Intake	1 hour @	\$125
Youth Intake	1 hour @	\$100

Your costs

**OUTPATIENT GROUP**

Substance Abuse	1 hour @	\$28
Mental Health	1 hour @	\$28
AODA	1 hour @	\$14
TRACK	1 hour @	\$10

Estimated hours\*

Estimated costs

**INTENSIVE OUTPATIENT GROUP**

Substance Abuse/Mental Health	1 day @	\$250
	or 1 hour @	\$28

Estimated days/  
hours\*

Estimated costs

**TOXICOLOGY**

Urinalysis drug screen	\$60
Redi Strip alcohol screen	\$40

Estimated hours\*

Estimated costs

**OTHER**

Parenting	1 hour @	\$28
GOALS	total program @	\$140

Estimated cost of your treatment

\$ \_\_\_\_\_

\*Total number of hours/days is based on a client's individual treatment plan and progress and is subject to change.

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## **Nicasa Salud del Comportamiento DERECHOS DEL CLIENTE**

---

Nicasa proporciona tratamiento para individuos y sus familias. Sus derechos son protegido bajo el Capítulo 2 de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo del Código (405 ILCS 5). Aunque cada uno de los programas individuales de Nicasa varían en el tipo de atención ofrecida, las siguientes políticas y procedimientos están diseñados para mejorar la dignidad de todos los clientes y proteger sus derechos como seres humanos. Estos derechos se observarán en todos los casos.

Usted tiene el derecho:

1. A un tratamiento personalizado que es justo, sin tener ninguna injusticia por su raza, religión, género, edad, etnicidad orientación sexual, identidad sexual, estatus del Sida, o incapacidad
2. Como sea necesario acomodar su incapacidad como requiere el departamento de discapacidad Americana en la sección 504 del departamento de rehabilitación y el derecho de los humanos. (Americans with Disabilities Act section 504 of the Rehabilitation Act the Human Rights Act)
3. De ser tratado en todo momento con dignidad y respeto en un ambiente libre de: castigo físico o abuso; abuso sexual o acoso; abuso psicológico incluyendo humillación, amenaza, acción de explotación, abuso verbal, negligencia, explotación de finanzas.
4. Al Tratamiento en un entorno con una interferencia mínima a su libertad personal y provee privacidad dentro de los límites de las capacidades de nuestra agencia.
5. Saber que cualquier examen sobre HIV/AIDS será anónimo y su status y examen de HIV/AIDS serán totalmente confidencial.
6. Saber que el personal clínico responsable de su cuidado, sus credenciales, calificaciones y experiencia profesional.
7. De participar en su tratamiento y planificación del alta, incluyendo la revisión periódica de su plan de tratamiento.
8. La confidencialidad y privacidad esta gobernada por (Confidentiality Act and Health Insurance Portability and Accountability of 1996).
9. La confidencialidad y privacidad de saber que la confidencialidad está limitada por la ley en casos tales como emergencias médicas, sospecha por el abuso de niños, orden judicial, sospecha por el abuso de adultos que no pueden protegerse a sí mismos, amenazas a la vida de otros y cualquier otras instancias especificadas por la ley, el reporte se puede hacerse sin el consentimiento del cliente.
10. Saber que fotografías identificables, videos, películas, etc., no serán usadas sin su consentimiento por escrito, ni será necesario que usted haga declaraciones públicas que reconozcan gratitud a Nicasa, NFP por sus servicios.
11. Para quejas, o iniciar una queja o reportar cualquier actividad inadecuada sin temor a represalia o venganza.

Para clientes que reciben servicios de salud mental, los clientes tienen el derecho de:

- a). Ponerse en contacto con la comisión de tutelar y Advocacy Comisión and Equip for Equality, Inc

b). Asistencia para contactar estos grupos, proporcionar a cada cliente la dirección y teléfono de la comisión tutelar y advocacy Comisión and Equip for Equality Inc. GUARDIANSHIP AND ADVOCACY COMMISSION 160 N. LaSalle Street, Suite S 500 Chicago, IL 60601 Voz: (312) 793-5900 or (866) 274-8023 Fax: (312) 793-4311 Website: [www.gac.state.il.us](http://www.gac.state.il.us)

c). El derecho de la comisión tutelary y las quejas que incluye el director ejecutivo del proveedor y su posición.

d). El derecho de no ser negado, suspendido, quitado o negado los servicios por tratar de ejercer sus derechos

e). El derecho de contactar al pago public o su designatario e informarle del proceso de revisar las quejas.

12. De dar su consentimiento o rechazo informado o expresión de elección (y a ser informado de las consecuencias de sus decisiones) con respecto al servicio recibido, divulgación de información, la disponibilidad de servicios concurrentes, composición del equipo del cual recibio el servicio y su participación en proyectos de investigación.

13. De saber que Nicasa se adhiere a todas las reglas de investigación y ética federales y estatales, y que puede negarse a participar en algún proyecto de investigación sin comprometer su acceso a los servicios.

14. De tener acceso y/o referencia a las personas jurídicas para una representación adecuada, así como el acceso a la autoayuda y servicios de apoyo.

15. De tener acceso a su expediente y otra información pertinente a la planificación de su tratamiento y que esa información sea difundida de manera oportuna y adecuada para que facilite la toma de decisiones. La única excepción a este derecho son las restricciones permitidas por la ley federal (HIPAA) que incluyen información y notas de psicoterapia recopiladas con anticipación razonable de o para el uso en una acción civil, penal o un procedimiento administrativo.

16. De una pronta investigación y resolución de una presunta infracción de estos derechos.

17. De saber que todos los derechos legales a los que usted tiene derecho serán reconocidos y se harán cumplir mientras usted sea un cliente de Nicasa.

18. De solicitar una revisión e investigación ética de cualquier miembro del personal sin temor a represalias.

Para los clientes residenciales

19. ( Clientes residenciales) Permiso de visitas en un área adecuada para las personas interesadas las cuales se ha determinado clínicamente que serían un beneficio para su tratamiento de acuerdo con las políticas de la agencia.

20. De recibir y mandar correo sin ningun problema y saber que su correo no será leído por los miembros del personal.

21. De llevar a cabo conversaciones telefónicas privadas de acuerdo a las políticas de la agencia al menos que sea contraindicado por razones clínicas.

Nivel de comprensión del cliente: Satisfactorio \_\_\_\_\_ Insatisfactorio \_\_\_\_\_

Entiendo la naturaleza del tratamiento con Nicasa, y mi firma indica mi consentimiento al tratamiento con Nicasa, NFP.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Consejero: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Una copia de esta declaración de derechos del cliente se le ha dado a:

Familiar \_\_\_\_\_

Cónyuge/Pareja \_\_\_\_\_

Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nicasa provides treatment for individuals and families. Your rights are protected in accordance with Chapter 2 of the Mental Health and Development Disabilities Code (405 ILCS 5). Although each of Nicasa's individual programs vary in the type of care offered, the following policies and procedures are made to improve the dignity of all clients and to protect their rights as human beings. These rights will be given in all cases.

You have the right:

1. To personalized treatment that is fair and no unfairness shown because of your race, religion, gender, age, ethnicity, sexual orientation, sexual identity HIV status, or disability.
  2. To have your disabilities accommodated as required by the American with Disabilities Act section 504 of the Rehabilitation Act and the Human Right Act.
  3. To be treated at all times with dignity and respect in a setting that is free from the following: physical punishment or abuse; sexual abuse or harassment; psychological abuse including humiliating, threatening and exploitive actions; verbal abuse; neglect; and exploitation for financial gain.
  4. To treatment in a setting that is the least interfering to your personal freedom and that provides privacy within the limits of the agency's capabilities.
  5. To know that any testing you have regarding HIV/AIDS will be anonymous and that your HIV/AIDS status and testing will remain completely confidential.
  6. To know the clinical staff responsible for your care, their credentials, qualifications, and professional experience.
  7. To participate in your treatment and discharge planning, including periodic review of your treatment plan.
  8. To confidentiality and privacy governed by the Confidentiality Act and the Health Insurance Portability and Accountability of 1996.
  9. To confidentiality and privacy and to know that confidentiality is limited by law in cases such as medical emergencies, suspected child abuse, court order, suspected abuse of adults who cannot protect themselves, threats to the lives of others, and any other instances specified by law when disclosure may be made without client's consent.
  10. To know that identifiable photographs, video tape, films, etc., will not be made or used without your written consent, nor will you be required to make public statements which acknowledge gratitude to Nicasa, NFP for its services.
  11. To complain, initiate a grievance, or report any inappropriate activity without fear of reprisal or retaliation.  
For clients receiving mental health services, clients have the right to:
    - a) Contact the Guardianship and Advocacy Commission and Equip for Equality, Inc.
    - b) Assistance in contacting these groups, giving each client the address and telephone number of the Guardianship and Advocacy Commission and Equip for Equality, Inc.: GUARDIANSHIP AND ADVOCACY COMMISSION 160 N. LaSalle Street, Suite S500 Chicago, IL 60601 Voice: (312) 793-5900 or (866) 274-8023 Fax: (312) 793-4311 Website: [www.gac.state.il.us](http://www.gac.state.il.us).
    - c) The right or the guardian's right to present grievances up to and including the provider's executive director or comparable position.
    - d) The right not to be denied, suspended or terminated from services or have services reduce for exercising any rights; and
    - e) The right to contact the public payer or its designee and to be informed of the public payer's process for reviewing grievances.
  12. To give your informed consent, informed refusal, and/or expression of choice (and to be advised of the consequences of your decisions) in regard to service delivery, release of information, the availability of concurrent services, composition of your service delivery team, and your involvement in research projects.
  13. To know that Nicasa adheres to all federal and state-required research guidelines and ethics, and to refuse to participate in any research projects without compromising your access to services.
  14. To have access and/or referral to legal entities for appropriate representation, as well as access to self-help and advocacy support services.
  15. To have access to your record and other information pertinent to your treatment planning, and to have that information released in a timely and appropriate manner that will facilitate decision making. The only exception to this right being the restriction permitted by federal laws (HIPAA) which include psychotherapy notes and information compiled in reasonable anticipation of or for use in a civil, criminal, or administrative action or proceeding.
  16. To a prompt investigation and resolution of alleged infringement of these rights.
  17. To know that all other legal rights to which you are entitled will be recognized and enforced while you are a client at Nicasa.
  18. To request an ethics review/investigation on any staff member without fear of reprisal.
- For Residential Clients
19. (For residential clients) To visitation in a suitable area by all concerned persons who have been clinically determined to be of benefit to your treatment in accordance with agency policies.
  20. To the receipt and sending of mail without censor and to know that your mail will not be read by staff members.
  21. To conduct private telephone conversations in accordance with agency policy unless contraindicated by clinical considerations.

I understand the nature of treatment with Nicasa, and my signature indicates consent to treatment with Nicasa, NFP.

Client Signature/ Firma del Cliente \_\_\_\_\_

Date/ Fecha \_\_\_\_\_

Client's level of understanding: Satisfactory \_\_\_\_\_ Unsatisfactory \_\_\_\_\_

I have explained these rights to the individual (or guardian of the individual) and have provided him or her a copy of it. A copy of this form has been filed in the individual's clinical record.

Duplicate copy of Client Rights statement given to Client's:

Family \_\_\_\_\_

Significant Other \_\_\_\_\_

Guardian \_\_\_\_\_