

### INFORMACIÓN GENERAL

Yo, \_\_\_\_\_ He sido informado y entiendo que los servicios prestados por ASG pueden incluir una ingesta, proceso de diagnóstico, evaluación de las necesidades de tratamiento y/o rehabilitación y cualquier evaluación adicional, terapias y/o medicamentos que puedan ser recomendados o proporcionados por la ASG y sus programas. Entiendo que la información recopilada a través de las intervenciones anteriores se utilizará para ayudarme a desarrollar un plan de crisis cuando sea necesario. He tenido estos servicios explicados a mí y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Cualquier pregunta que hice fueron respondidas plenamente a mi satisfacción.

Entiendo y reconozco que los resultados de las evaluaciones se pondrán a mi disposición según corresponda de acuerdo con la ley. Entiendo que todas las evaluaciones, tratamientos y servicios son voluntarios y puedo solicitar, rechazar y/o terminar cualquiera o todos ellos en cualquier momento que la solicitud de ASG cumpla. Entiendo que las consecuencias, si las hay, se me explicarán si me niego o termino la evaluación, el tratamiento o los servicios.

### CONFIDENCIALIDAD

Entiendo y reconozco que ASG practica y garantiza la estricta confidencialidad de mi información con las siguientes excepciones:

1. Si he firmado un formulario de consentimiento para divulgar información designada a partes nombradas.
2. Si hay una orden judicial firmada por un juez que dirija la divulgación de la información designada a las partes nombradas.
3. Si ASG determina que existe una amenaza percibida de daño a mí mismo o a otros, ASG está legalmente obligado a divulgar cierta información a las partes designadas.
4. Si ASG cree que existe una sospecha de abuso que involucra a niños u otras personas vulnerables (por ejemplo, adultos discapacitados intelectuales o ancianos), ASG está legalmente obligada a divulgar cierta información a las partes designadas.
5. Si ASG está obligado a defenderse de una reclamación o investigación, puede utilizar cierta información designada en su defensa.
6. Si ASG forma parte de una auditoría legítima, cierta información puede ser revelada.
7. Si ASG está obligado a revelar cierta información con el fin de obtener el pago de un tercero pagador.

Entiendo y reconozco que la información demográfica y de utilización con respecto a mi tratamiento y/o servicios puede ser reportada en forma estadística al Estado de Maryland y/o a la organización de atención administrada contratada. Esta información se mantendrá confidencial y no podrá ser divulgada a ninguna otra agencia o persona sin mi consentimiento, excepto como se identificó previamente. Entiendo que la información obtenida por las fuerzas del orden durante mi participación con ASG puede no estar cubierta por la política de confidencialidad de ASG. Toda la información sobre el abuso de sustancias será confidencial de acuerdo con 42 CFR Parte 2.

Entiendo que aunque la correspondencia por correo electrónico y mensaje de texto puede no ser considerada como una forma preferida de comunicación entre el consumidor y el personal, puede haber ocasiones en las que estas formas de comunicación pueden ser útiles y necesarias. Entiendo que cualquier información transmitida por correo electrónico o mensaje de texto será limitada y no se utilizará para proporcionar ningún tipo de tratamiento. Se le informa que ASG no puede garantizar la privacidad completa con respecto a los mensajes de texto y correos electrónicos que envíe. También entiendo que ASG aplicará salvaguardias razonables para proteger la confidencialidad con respecto a estas formas de comunicación.

### HONORARIOS

Reconozco que cualquier cargo por evaluaciones, tratamiento y/o servicios proporcionados por ASG se carga a la organización de atención administrada contratada o a mi plan de seguro. Entiendo que los servicios proporcionados por agencias, programas o empresas que trabajan con ASG se facturan y se pagan de acuerdo con los programas de esa agencia, o los procedimientos de la compañía. También entiendo que ASG no es responsable de explicar las disposiciones contenidas en los programas de otra agencia o la estructura o procedimientos de facturación de la empresa.

### NOTIFICACIONES

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de la Notificación de Derechos Humanos de ASG, Prácticas de Privacidad de la HIPAA, Procedimientos de Quejas e información de orientación general. Reconozco que esta información me fue explicada satisfactoriamente y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas que se me dieron.

### DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Por mi firma, indí que he revisado y entiendo la información anterior. Reconozco que mis derechos como consumidor me han sido explicados satisfactoriamente y tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas que se me han dado. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento. Doy voluntariamente mi consentimiento informado para la evaluación, tratamiento y/o servicios.

Firma de Representación del Consumidor o Consumidor	Fecha
Nombre impreso del representante del consumidor	Relación de Representante con Consumidor
Firma del personal	Fecha