

# SANTÉ

AFFILIATED SANTÉ GROUP

---

## **El Programa Para Adultos Mayores**

## **Guía del consumidor**

**The Affiliated Santé Group  
12200 Tech Road, Suite 330  
Silver Spring, Maryland 20904  
(Oficina) 301-572-6585  
[www.thesantegroup.org](http://www.thesantegroup.org)**

# Bienvenido a The Affiliated Santé Group

## Misión

Santé facilita el bienestar y seguridad de los individuos que estén con riesgo de estrés emocional, también el de sus comunidades. Desarrollamos y entregamos asistencia de salud basada en recuperación y sistemas de intervención en crisis y respuestas innovadores.

## VALORES

- ✓ **Recuperación** - Proveemos servicios sabiendo que la recuperación es posible y que la esperanza siempre esta presente.
- ✓ **Responsabilidad** - Somos responsables por nuestras acciones y estamos comprometidos a fomentar funcionamiento autónomo y responsable entre nuestro personal también como nuestros consumidores.
- ✓ **Innovación** - Nos esforzamos para fomentar un espíritu de aprendizaje y creatividad que apoye la innovación para el beneficio ultimo de individuos consumidores tan bien como el de las agencias publicas y otros que estén envueltos en su cuidado.
- ✓ **Diversidad** - Vivimos la diversidad ya que trae fuerza y perspectivas frescas al desarrollo y entrega de nuestros servicios, también como el crecimiento y durabilidad de nuestra organización.
- ✓ **Seguridad** - La seguridad física y emocional de nuestros consumidores, personal y las comunidades que servimos son nuestra prioridad mas alta.
- ✓ **Resistencia** - No nos desanimamos por los reveses, pero en lugar de ello vemos como oportunidades para aprender.

## Horas de Operación

Lunes	8:30am-4:30pm
Martes	8:30am-4:30pm
Miércoles	8:30am-4:30pm
Jueves	8:30am-4:30pm
Viernes	8:30am-4:30pm
Sábado	Oficina Cerrada
Domingo	Oficina Cerrada



*\*\* Tenga en cuenta que el unidad móvil de atención en crisis está disponibles 24/7 para emergencia antes, durante y después del horario normal de la oficina. , llamar al 240-777-4000*



## Directorio del Personal

Oficina Corporativa:  
Silver Spring, Maryland

Director de Servicios para Adultos Mayores	(301) 572-6585 ext. 2104
Servicios para Adultos Mayores - Referencias	(301) 572-6585 ext. 2190
Coordinador de Servicios Administrativos	(301) 572-6585 ext. 2100

## Bienvenido al Programa para Adultos Mayores

---

Los siguientes servicios y programas son gratuitos para personas de la tercera edad que no pueden o no están dispuestos a acceder a servicios fuera de su hogar, tengan por lo menos 60 años de edad, y viven en el condado de Montgomery, Maryland. Los servicios se ofrecen en inglés y en español.

- Consejería con personas mayores confinadas en su hogar: (a domicilio o telesalud) Las evaluaciones, la psicoterapia breve y el apoyo práctico ayudan a las personas y familias que viven en el hogar a enfrentar problemas como conductas difíciles, estrés, depresión, adaptación y manejo de enfermedades crónicas.
- El programa de alcance en español: (a domicilio o telesalud) Este programa proporciona consejería bilingüe a corto plazo, culturalmente sensible y con atención psiquiátrica geriátrica a personas mayores confinadas en nuestra comunidad que hablan español.
- Consulta y tratamiento psiquiátrico:(a domicilio o telesalud) evaluación en el hogar, visitas de seguimiento y tratamiento con un psiquiatra o una enfermera psiquiátrica de habla inglesa o española. Las adultos mayores tienen que participar en consejería con una terapeuta del programa de Servicios para Adulto Mayores para recibir visitas psiquiátricas en el hogar. Después del dado de alta, las recomendaciones apropiadas se comparten con el médico de atención primaria u otro especialista si se necesita cuidado continuo.
- Seminarios educativos para personas mayores: charlas psicoeducativas sobre temas de salud mental y el bienestar de adultos mayores. El objetivo principal de estos seminarios es la prevención de enfermedades mentales y la intervención temprana para adultos mayores.
- Consultas profesionales y seminarios educativos: se ofrecen consultas gratis sobre casos, entrenamiento del personal y actividades de colaboración a profesionales y organizaciones comunitarias que brindan servicios a personas mayores en el condado de Montgomery.
- Grupos de apoyo para personas de la tercera edad: se ofrecen grupos de apoyo comunitarios y de apoyo comunitario en todo el condado de Montgomery. Se ofrecen estos grupos en los Centros para Adultos Mayores y están diseñados para disminuir el aislamiento social, desarrollar habilidades de afrontamiento y fomentar el aprendizaje sobre el cuidado personal y el bienestar.
- Apoyo de salud mental para Cuidadores: los profesionales que entienden las necesidades únicas de salud mental de las personas mayores y los cuidadores ofrecen educación continua y servicios de apoyo a los cuidadores de adultos mayores en nuestra comunidad.

## Otras Opciones de Tratamiento Disponibles con la agencia de Santé

Los servicios adicionales a través de Santé incluyen la Clínica de Salud Mental y el Programa de Rehabilitación Psiquiátrica (PRP). Háganos saber si está interesado en obtener más información acerca de estos programas.

### Tipos de Dado de Alta

#### **Dado de Alta Completa:**

- El Consumidor ha cumplido todas sus metas en el plan de tratamiento o esta de acuerdo en continuar trabajando en metas después de dada de alta.
- El equipo de tratamiento esta de acuerdo que el consumidor es apropiado para darlo de alta.
- Consumidores de contrato serán dados de alta por el contrato y el equipo de tratamiento.
- Los consumidores bajo mandato deberán de completar requerimientos mínimos recomendados.
- El formulario de dada de alta será completada incluyendo copias para fuentes de referidos y una copia será entregada al consumidor.
- El consejero ayudara al consumidor cuando se hagan los referidos necesarios.

#### **El Consumidor termino los Servicios:**

- El consumidor termina con el tratamiento a pesar de las recomendaciones del personal que el consumidor debería permanecer en tratamiento.
- El consumidor no vuelve al tratamiento después de un mínimo de 3 semanas consecutivas y ASG intenta en contactar al consumidor (a menos que el equipo decida extender el limite).
- Cuando sea posible, el consumidor se le dará un formulario de dada de alta que incluye referidos.
- El consejero ayudara al consumidor a hacer los referidos necesarios.

#### **A petición del Personal:**

- El Personal le pide al consumidor que deje el tratamiento por violar las reglas.
- Formulario de dada de alta será completada con referidos y una copia será entregada al consumidor.
- El consejero ayudara al consumidor a hacer los referidos necesarios.

#### **Incremento del Nivel de Cuidados:**

- El consumidor sea dado de alta por el personal para que entre a un nivel de cuidados mas alto. Muchos consumidores son elegibles para la readmisión una vez que el nivel de cuidado incrementado se haya cumplido.

## Requisitos de Reingreso

Si usted ha sido dado de alta del programa y desea regresar para recibir tratamiento, debe llamar a Servicios para Adultos Mayores o enviar una referencia por el Internet. Según la cantidad de tiempo transcurrido desde su último contacto con Servicios para Adultos Mayores, es posible que tenga que hacer una de las siguientes cosas:

- 1) Participe en una nueva evaluación de admisión, plan de tratamiento y documentación asociada.
- 2) Actualice cualquier información, incluyendo los cambios médicos que se hayan producido desde su último tratamiento.
- 3) Cumplir con los requisitos de elegibilidad para Servicios para Adultos Mayores.

## Cosas que Necesitas Saber



### Tabaco

Por favor absténgase de fumar mientras esté en sesión con su consejera para la seguridad y salud de los empleados de ASG.

### Las Armas están Prohibidos

Los miembros del equipo de Servicios para Adultos Mayores no proporcionarán servicios en el hogar de ningún consumidor donde haya armas, independientemente de si la persona tiene licencia para portar el arma.



### Directivas Avanzadas

En Maryland, las Directivas Avanzadas para el tratamiento de salud mental es un documento legal que informa a los médicos y proveedores de atención médica qué servicios o tratamiento de salud mental usted desearía y qué servicios o tratamiento no desearía si luego no pudiera decidir por sí mismo. Puede nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica por usted si no puede hacerlo usted mismo. Puede comunicarse con el Centro de la Ley de Discapacidad de Maryland al 1-800-233-7201 o TTY 410-727-6387 si desea obtener más información.

## Cuotas y Obligaciones Financieras

El programa de Adultos Mayores está patrocinado y financiado a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery. Todos los servicios son gratuitos para los residentes en el condado de Montgomery.



## Ambiente Positivo

ASG trabaja fuerte para promover un ambiente positivamente sano. Creemos en un programa con instalaciones abiertas y acogedoras. Premios e incentivos se utilizan para formentar y promover el crecimiento personal. Celebramos el éxito y usamos estímulos durante los contratiempos. Por favor siéntase libre de acercarse a cualquier miembro del personal con alguna pregunta, preocupación o petición.

## Retroalimentación:

Durante su curso de tratamiento, se le pedirá que participe en una encuesta posiblemente mas de una vez. Esto es para darle una oportunidad a ASG obtener retroalimentación acerca de la calidad de servicios y a usted la oportunidad de hacer sugerencias. El equipo administrativo usa esta información para mejorar los servicios y la calidad de cuidado que es provisto. Su aportación es vital para ayudarnos con ese proceso. Habrá una caja de sugerencias en el vestíbulo que usted podrá utilizar en cualquier momento. El personal esta abierto a todas de las sugerencia y usted es libre de acercarse a cualquier miembro del personal con sus preocupaciones.



## Código de Conducta Ética

La agencia de Santé ha desarrollado su propio Código de Conducta Ética para sus empleados. ASG también sigue el Código de Ética de ACA. Ambos están disponibles bajo petición. (<https://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf>).





### **Uso de Restricción**

ASG no usara restricción o reclusión en ninguno de los participantes enrollados en el programa de ASG. El personal del ASG se ocupara de situaciones de conflicto primordialmente con intervenciones positivas tales como separar a individuos y hablar con ellos de sus problemas.



### **Reprogramación y Cancelaciones**

Si necesita cancelar o cambiar su cita, debe comunicarse con su terapeuta. Si no puede comunicarse con ellos, debe dejar un mensaje. Las llamadas sin mensajes, no son suficientes como notificación. Si intenta cancelar su cita dentro de las 24 horas de su horario programado, puede, o no puede reprogramar su visita en la misma semana.



### **Uso de Correo Electrónicos o Mensajes de Texto**

Los empleados de ASG no se comunicaran con los consumidores a través de correos electrónicos o mensajes de texto respecto a las especificaciones del programa de tratamiento del consumidor. ASG en ciertas circunstancias, podrá comunicarse con el consumidor por correo electrónico o mensaje de texto con respecto a aspectos que no son clínicos. ASG no puede asegurar el nivel de protección con esas formas de comunicación.



### **Regresando Llamadas de Teléfono**

ASG no puede devolver llamadas a números que estén bloqueados, números que estén marcados como restringidos, o son privados basado en las leyes federales de confidencialidad. Si su teléfono esta bloqueado, por favor sepa que ASG no podrá regresar su llamada. Usted tendrá que dejar un numero alterno, llame a ASG, o remueva el bloqueo.





## Tiempo Severo y Desastres Naturales

El clima severo es cualquier condición climática o evento natural que podría causar daño físico o destrucción de la propiedad, como tormentas eléctricas extremas, tormentas de nieve, tornados e inundaciones repentinas. En caso de clima severo en el área, su consejero de Servicios para Personas Mayores se comunicará con usted con respecto a su cita.



## La Evaluación, el Plan de Tratamiento, y el Plan de Transición

El propósito de la evaluación es identificar las habilidades, las debilidades, y las preferencias de un cliente a través de un proceso de entrevista con un consejero calificado. Basado en la información identificada en la evaluación, juntos, el cliente y el consejero desarrollarán un plan de tratamiento individualizado para identificar las metas, los objetivos y las intervenciones de tratamiento específicas que se utilizarán. Cualquier transición del programa ASG o a otro nivel de atención se basará en un proceso de evaluación continuo durante todo el tratamiento. Si ASG no puede satisfacer las necesidades específicas de un cliente en cualquier momento de la experiencia de tratamiento, ASG hará una referencia apropiada. Si el cliente completa el programa con éxito, el consejero y el cliente desarrollarán un plan de transición para incluir referencias que respaldarán y mejorarán la recuperación en curso.



## Formularios y Consentimientos

Una copia de todos los formularios y consentimientos que se le hayan pedido para firmar están incluidos en esta guía para su revisión. Si usted tiene alguna duda, por favor siéntase libre de hacer preguntas.



## Regalos

La política de los empleados de ASG es no aceptar regalos de los consumidores o de los miembros de su familia por ningún motivo, esto incluye alimentos.



### **Emergencias de salud mental después del horario comercial**

Los consejeros para el programa de Servicios para Personas del Tercer Edad están disponibles durante el horario de atención habitual. Para emergencias los 365 días del año, 24 horas al día, un consejero del Centro de Crisis siempre está disponible. Simplemente llame al Unidad Móvil de Atención en Crisis: 240-777-4000.

### **¿Qué es la psicoterapia / la consejería?**

En términos más simples, es una conversación continua entre usted y el consejero de salud mental para ayudarlo a realizar los cambios que usted desea.

Los terapeutas toman diferentes enfoques. Algunos serán más directivos, proporcionarán comentarios sobre su progreso y / o le darán ejercicios de tarea para practicar algunas de las técnicas aprendidas en la terapia. Otros te darán más espacio para sacar tus propias conclusiones. En todos los casos, los terapeutas del programa de Servicios para Personas Mayores están allí para ayudarlo a progresar hacia sus objetivos. Su consejero lo ayudará a aprender nuevas formas de pensar y abordar situaciones cotidianas para que tenga creencias y comportamientos más saludables.

Aunque los consejeros utilizan enfoques diferentes, todo comienza con la relación con su consejera y su disposición a hablar sobre lo que le preocupa. La terapia es un esfuerzo de equipo. Los terapeutas están entrenados para hacer las preguntas correctas, no son lectores mentales. La terapia será más efectiva cuando comparta sus pensamientos y sentimientos abiertamente y honestamente.

Mientras se involucra en el asesoramiento, es normal estar en desacuerdo con su terapeuta de vez en cuando. Cuando esto sucede, es importante compartir honestamente sus sentimientos o preocupaciones. Esto los ayudará a usted y a su terapeuta a acordar cómo manejar esto.

**Recuerde: la consejería no es una solución rápida para su problema, sino que es un proceso.** Sin embargo, con un poco de esfuerzo de su parte y una relación de confianza con su terapeuta, la consejería puede ser una experiencia exitosa para la recuperación.

Los siguientes son copias de los formularios que usted puede haber firmado en el proceso de admisión.



## INFORMACION GENERAL

Yo, \_\_\_\_\_, voluntariamente doy mi permiso y mi consentimiento a The Affiliated Santé Group (ASG) para proveer servicios de salud mental incluyendo evaluación, tratamiento y / o servicios provistos por ASG. Yo he sido informado y entiendo que los servicios prestados por ASG pueden incluir, examen, proceso de diagnóstico, evaluación y tratamiento y/o necesidad de rehabilitación y alguna otra evaluación adicional, terapia, y / o medicamentos que pudiesen ser recomendados o provistos por ASG y sus programas. Entiendo que la información reunida a través de las intervenciones mencionadas serán usadas para ayudar a desarrollar un plan de crisis cuando sea necesario. Se me han explicado estos servicios y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Cualquier pregunta que yo hice fue contestada a mi satisfacción.

Entiendo y reconozco que los resultados de la evaluación se me han hechos disponibles de acuerdo a la ley. Entiendo que la evaluación, tratamiento y servicios son voluntarios y que puedo pedirlos, rehusarlos y / o terminar uno o todos ellos en cualquier momento dicha solicitud será honrada por ASG. Entiendo las consecuencias, si hay alguna, se me serán explicadas si rehúso o termino la evaluación, tratamiento o servicios.

## CONFIDENCIALIDAD

Entiendo y reconozco que confidencialidad estricta de mi información es manejada y asegurada por ASG con las siguientes excepciones:

1. Si he firmado una forma de consentimiento para dar información a las partes nombradas.
2. Si hay una orden de la corte firmada por el Juez pidiendo se de a conocer información a las partes nombradas.
3. Si ASG percibe que hay una amenaza de peligro para mi mismo u otros, ASG puede legalmente dar a conocer cierta información a las partes designadas.
4. Si ASG sospecha que existe abuso que envuelva a niños u otros individuos vulnerables (Por ejemplo: Intellectualmente discapacitados o ancianos) ASG puede legalmente dar a conocer cierta información a las partes designadas.
5. Si es necesario para defenderse contra un reclamo o investigación ASG puede utilizar cierta información designada en su defensa.
6. Si ASG es parte de una auditoría legítima, cierta información puede ser divulgada.
7. Si ASG es requerido divulgar cierta información a fin de que se obtenga el pago de un tercer pagador.

Entiendo y reconozco que la utilización de la información demográfica con respecto a mi tratamiento y / o servicios podrá ser reportada en forma estadística a el Estado de Maryland y / o a la organización contactara de cuidados administrativos. Esta información será confidencial y no será divulgada a ningún otra agencia o persona sin mi consentimiento excepto como previamente identificado. Entiendo que la información obtenida por la ley durante mi participación con ASG no será cubierta por las políticas de confidencialidad de ASG. Toda la información referente a abuso de substancia será confidencial de acuerdo a 42 CFR parte 2.

# SANTÉ: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO cont.

Entiendo que correspondencia por correo electrónico (e-mail) o mensaje de texto no podrán ser consideradas como una forma preferida de comunicación entre consumidor y personal. Habrá algunas ocasiones cuando esas formas de comunicación puedan ser útiles y necesarias. Entiendo que ninguna información retransmitida por correo electrónico o por mensaje de texto será limitada y no será usada para proveer ninguna forma de tratamiento. Se advierte que ASG no puede garantizar completa privacidad en referencia a correos electrónicos y mensajes de texto que yo envíe. También entiendo que ASG aplicara razonables salvaguardas para proteger la confidencialidad en lo que respecta a estas formas de comunicación.

## CUOTAS

Reconozco que cualquier cuota por evaluación, tratamiento y / o servicios provistos por ASG son cargados a la organización contractura de cuidados administrativos o a mi seguro medico. Entiendo que los servicios provistos por agencias, programas o compañías trabajando para ASG son facturadas y pagadas de acuerdo con los programas de la agencia o procedimientos de la compañía. También entiendo que ASG no es responsable de explicar las provisiones contendidas en otros programas de otras agencias o procedimientos de estructura de facturación de la compañía.

## NOTIFICACIONES

Reconozco que se me ha provisto de una copia de Notificaciones de Derechos Humanos de ASG, Las Practicas de Privacidad, procedimiento de quejas e información general de orientación. Reconozco que esta información se me fue explicada satisfactoriamente y se me fue dada la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas dadas.

## DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Con mi firma, indico que he revisado y entendido la información de arriba. Reconozco que mis derechos como consumidor han sido satisfactoriamente explicados y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para evaluación, tratamiento o servicios.

Firma del Consumidor o firma del Representante	Fecha
Escriba el nombre del Representante del Consumidor	Relación del Representante con el Consumidor
Firma del Personal	Fecha

Lo siguiente es un esquema de los procedimientos de quejas para consumidores que reciben servicios de Affiliated Santé Group (ASG).

1. Consumidores serán informados de las políticas de queja a la hora de admisión.
2. Consumidores pueden iniciar una queja o reclamo informando a sus consejero, Supervisor Clínico o a cualquier miembro del personal acerca de su preocupación.
3. Entonces se les pedirá que el consumidor se presenta la queja por escrito o verbalmente al personal de cuidado directo. El personal de cuidado directo informara al Supervisor Clínico de tal preocupación.
4. Si el personal de cuidado directo no puede resolver la queja a satisfacción del consumidor, entonces el consumidor pedirá hablar con el Supervisor Clínico para revisar la queja y determinar la resolución o plan de acción dentro de 5 días hábiles de la queja o reclamo inicial.
5. Si el consumidor no esta satisfecho con la resolución del plan de acción, el consumidor pedirá hablar con el Director del programa. Una vez que el consumidor se ha encontrado con el Director del programa, el Director del programa resolverá el problema o tomara la situación al Director de Cumplimiento y Calidad Corporativa para una decisión final. El Director del programa proveerá una respuesta escrita al consumidor dentro de 5 días de la reunión que incluye:
  - a. Un resumen de la queja/ agravio presentada por el consumidor;
  - b. La decisión del Director del Programa con respecto al agravio
  - c. Una explicación en la que el consumidor tenga el derecho de pedir al Director del programa presente la queja/ agravio al Director de Cumplimiento y Calidad Corporativa para revisión.
6. Formatos de Queja/ Agravio serán disponibles para el consumidor para su uso si lo desea.

Cada consumidor tiene el derecho adicional de dirigir una queja a El Centro de la Ley de Discapacidad de Maryland o a la Agencia de Servicio Básico. Información de contacto se hará disponible a petición y será incluida en el formato firmado por el consumidor a la hora de la orientación.



## **PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS cont.**

El Director del programa retendrá todos los archivos de las quejas del consumidor y revisará todas las quejas junto al Director de Cumplimiento y Calidad Corporativa y, si es apropiado, el Comité de Operaciones.

Todos los consumidores deberán ser informados que, en cualquier momento, ellos pueden buscar ayuda exterior con sus quejas/ agravios, con fuentes de referencia o de otras agencias.

ASG cumplirá con Las Agencias de Servicios Básicos (ASB) y / o con las políticas del Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH) en relación con cualquier queja presentada en contra de ASG al ASB o DHMH.

Consumidores estarán libres de represalias o barreras de servicios como resultado de cualquier acción que ellos tomen al respecto de presentar una queja.

Esto es un aviso de que usted puede presentar cualquier preocupación y / o queja por escrita a: The Affiliated Santé Group, 1220 Tech Road, Suite 330, Silver Spring, MD 20904, ATTN: Director de Cumplimiento Corporativo.

Usted también podrá presentar una queja con el Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland al  
(410) 402-8060.





## NOTIFICACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

**Los individuos que reciben servicios de cualquier programa de ASG tienen los siguientes derechos humanos:**

**No Discriminación:** Usted tiene el derecho de recibir tratamiento independientemente de su raza, sexo, credo, discapacidad mental o física, origen, nacionalidad, estado civil, afiliación religiosa o política u orientación sexual, apariencia personal, estatus familiar o cualquier otra característica protegida por la ley. Usted será tratado con cortesía, respeto y con el pleno reconocimiento de su individualidad. Usted tiene derecho a cuidado humano, privado y digno. Usted tiene el derecho a vivir lo mas normal posible mientras recibe cuidado y tratamiento.

**Información General:** Usted tiene el derecho a que se le informe acerca de todas las reglas del programa y los servicios provistos. Antes de que usted empiece el programa, se le informara de las políticas de ingreso, asistencia y alta. Usted tiene el derecho de saber por qué usted está dado de alta y el plan para sus necesidades de salud mental y su salud física después del alta. Usted tiene el derecho a que ser informado de todos los programas y servicios de la empresa. Usted tiene el derecho de acceder a un medico particular elegido y pagado por usted.

**Honorarios:** En un idioma que usted pueda comprender y antes de que sea admitido al programa, usted tiene el derecho de saber cual es el costo del tratamiento, quien pagará por el, cualquier limite a la cantidad que ellos paguen y cualquier monto por la que usted tiene responsabilidad de pagar. Usted tiene el derecho de estar exento de explotación de ganancias financieras. Esto incluye mal uso de cualquier fondo para su uso o cuidado.

**Servicios de Tratamiento:** Todos los servicios provistos cumplirán con las leyes y reglamentos federales, estatales y locales. Usted tiene derecho a tratamiento. Usted tiene derecho a una explicación de su cuidado y de lo que haremos si usted rechaza el tratamiento.

**Medicamento:** Usted puede negarse a tomar el medicamento como parte de su tratamiento. Si usted decide tomar el medicamento, le informaremos sobre las razones por las cuales lo necesita, cualquier efecto secundario común y cualquier riesgo asociado con el medicamento.

**Investigaciones:** Usted tiene derecho a negarse a participar en cualquier prueba o ensayo de investigación. Le informaremos si participará de alguna prueba o ensayo de medicamento (además del tratamiento). Si usted decide participar en tal ensayo, se le dará toda la información pertinente requerida por ley, de modo que podrá tomar una decisión informada acerca de su participación.

**Uso de los medios de comunicación:** Usted tiene derecho a saber si se utilizarán grabadoras, televisión, películas o fotografías durante su tratamiento. Tiene derecho a rehusar su uso, pero debe comprender lo que sucederá si se niega a su uso.

**Restricciones:** Usted tiene derecho a liberarse de las restricciones físicas y químicas, ASG no usara restricciones, intervenciones restrictivas o reclusiones en cualquiera de los participantes inscritos en el programa de ASG. El personal de ASG abordara situaciones conflictivas con intervenciones positivas tales como separar individuos y hablar de sus problemas



## NOTIFICACIÓN DE DERECHOS HUMANOS Cont.

**Confidencialidad:** De acuerdo a la política del registro médico, toda la información registrada en su expediente es confidencial, *salvo en el caso de las siguientes excepciones legales o reguladas:*

- Usted ha firmado y completado el formulario titulado Autorización para divulgar información de salud privada que es válida por un año a partir de la fecha de la firma. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento.
- Si existe una orden del tribunal firmado por un juez debidamente nombrado y elegido.
- Si existe la percepción de amenaza de lesiones tanto a usted como a otros, o si existe la probabilidad de que cometa un delito mayor o delito menor.
- Si se sospecha algún abuso que involucre a niños o a individuos que sean vulnerables.
- Los representantes de una fuente de fondos para su tratamiento o servicios requieren que se les dé acceso a sus registros.
- Si usted es un preso del Departamento de Correcciones y se ha determinado la necesidad de tratamiento de enfermedad mental, discapacidad de desarrollo o abuso de sustancias.
- Si usted esta recibiendo tratamiento medico de emergencia (Únicamente la información necesaria para atender la emergencia será divulgada).

**Evaluación del expediente:** Usted (o la persona legalmente responsable de usted) tiene derecho a repasar su expediente de manera congruente con los procedimientos y requisitos legales. Usted puede contactar al Director del Programa para pedir una copia de su expediente.

**Libertad de abuso:** Usted tiene derecho a liberarse de abuso mental o físico, acoso, castigo físico o acciones humillantes, amenazantes o de explotación. Usted tiene derecho a que se reporte cualquier alegación de abuso a las agencias del orden público local.

**Legal:** Usted tiene derecho a que le represente un abogado en lo relacionado a su cuidado. Usted podrá consultar con un abogado y conseguir que su abogado entreviste a los integrantes del personal, quienes trabajan o trabajaron anteriormente con usted. Es posible que usted tenga acceso a sus registros médicos de acuerdo con los procedimientos y reglamentos legales de la compañía. Usted tiene derecho a que un abogado facilite información antes de una audiencia u otro procedimiento judicial.

**Instrucción avanzada para el Tratamiento de Salud Mental:** Los individuos del Estado de Maryland cuentan con el derecho fundamental de controlar las decisiones acerca del cuidado de su salud mental. El Estado de Maryland ha establecido además de la manera no exclusiva para que un individuo haga ejercicio de su derecho a asentir a o rechazar el tratamiento de salud mental cuando la persona no tiene suficiente conocimiento ni la capacidad de tomar decisiones de tratamiento de salud mental. Usted tiene derecho a preparar una instrucción avanzada para tomar sus propias decisiones.

Si usted esta interesado, por favor comuníquese con El Centro Legal de Discapacidad del Estado de Maryland al 410-727-6352 ext. 2509.

**Quejas:** Usted cuenta con el derecho de presentar un agravio y entender cómo manejamos su queja. Los consumidores del Estado de Maryland también tienen el derecho de contactar a la Oficina de Calidad de Cuidados Mentales con el Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland, la agencia estatal designada bajo las leyes federales y estatales para proteger y defender los derechos de las personas con discapacidades. Usted no será penalizado por llenar un agravio o queja acerca de su cuidado o tratamiento.



## Autorización Para Divulgar Información Confidencial

Nombre de la agencia/ persona que la información pueda ser divulgada o intercambiada (“Parte Receptora”)	Nombre de la agencia/ persona que la información pueda ser divulgada o intercambiada (“Parte que divulga/ Intercambia”)
--	---

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio autorizo que el nombre anterior divulgue o intercambie la siguiente información de salud a las partes receptoras.

<input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Información obtenida de otras agencias	<input type="checkbox"/> Dada de Alta/ Plan de Transición
<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio	<input type="checkbox"/> Resultados y Recomendaciones de la Evaluación	<input type="checkbox"/> Información de Medicamentos
<input type="checkbox"/> Participación y Asistencia	<input type="checkbox"/> Información Medica	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento
<input type="checkbox"/> Registros médicos	<input type="checkbox"/> Otro:	

Para el propósito específico de:

<input type="checkbox"/> Ayudar y Coordinar Servicios	<input type="checkbox"/> Propósitos Legales
<input type="checkbox"/> El seguro / Fines de Cuidados Administrativos	<input type="checkbox"/> Otro:

Esta autorización es valida por un año después de la fecha de firma, por el periodo de tiempo que se necesite para el cumplimiento de sus fines, o hasta la fecha expresada por el cliente (Por favor indique la fecha si es menor a un año) \_\_\_\_\_.

La excepción para este periodo de tiempo en el caso de divulgación de transacciones financieras, o de lo contrario autorizado por la ley, donde la autorización es valida indefinidamente. También yo entiendo que tengo el derecho de invalidar esta autorización en cualquier momento y que con el fin de hacerlo debo de firmar la Sección de Revocación en este formato. Además entiendo que cualquier acción tomada en virtud de esta autorización anterior a la fecha y hora de revocación es legal y vinculante. Entiendo que información podrá ser divulgada verbalmente, por escrito, por correo, vía electrónicamente segura o fax.



## **Autorización Para Divulgar Información Confidencial cont.**

Entiendo que mi información no deberá ser re-divulgada por el solicitante de la información sin mi autorización por escrito y que esta información será protegida por las Normas Federales de Confidencialidad de Abuso de Sustancias. En cualquier caso el beneficiario no deberá de re divulgar tal información sin mi consentimiento por escrito a menos de que se provean para las leyes estatales o federales.

Entiendo que si mis registros contienen información relacionada con enfermedades crónicas, uso de alcohol, abuso de drogas, condiciones psiquiátricas o psicológicas, o exámenes genéticos esta revelación incluirá esa información a menos que yo específicamente excluya tal información de la divulgación.

También yo entiendo que puedo rehusar a firmar esta autorización y que mi negativa de firmar no afectara mi capacidad de obtener tratamiento, pago por servicios, o mi elegibilidad de beneficios, sin embargo, si un servicio es requerido por un proveedor que no sea tratamiento (Por ejemplo Compañía aseguradora) por el solo propósito de crear información de salud (Por ejemplo examen físico), ese servicio podría ser negado si la autorización no es dada. Si el tratamiento es relacionado con investigación, el tratamiento será negado si no se da autorización.

Además entiendo que podre pedir una copia de esta autorización firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Sección de Revocación**  
**Para El Consentimiento para Tratamiento  
 y el Autorización para Divulgar Información Confidencial**

**Sección de Revocación**

Por la presente solicito que esta Autorización para divulgar información de salud de \_\_\_\_\_ (Nombre del Cliente) en \_\_\_\_\_ (Fecha de la firma original) sea revocada, a partir de \_\_\_\_\_ (Fecha de hoy) a las \_\_\_\_\_ (Hora).

Entiendo que cualquier acción tomada en esta Autorización antes de la fecha y hora de esta revocación es legal y vinculante.

<i>Firma del Cliente</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Firma del Testigo</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>

**Sección de Revocación Verbal**

Por la presente doy fe de la solicitud verbal para la revocación de esta Autorización por \_\_\_\_\_ (Nombre) en \_\_\_\_\_ (Fecha) a las \_\_\_\_\_ (Hora).

El cliente ha sido informado que cualquier acción tomada en esta Autorización antes de la fecha y hora previa a la revocación es legal y vinculante.

<i>Firma del Cliente</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Firma del Testigo</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>



## FORMULARIO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA

Empleados y Representantes del Affiliated Santé Group en el evento de una emergencia, tienen mi permiso de buscar cuidados de emergencia para mí mientras que estoy bajo sus cuidados. También doy mi permiso de divulgar información médica que me concierne a otros proveedores de cuidado médico y a mi contacto de emergencia. La información médica para ser divulgada incluye, pero no se limita a, información que se describe abajo.

### CONTACTO DE EMERGENCIA (MIEMBRO DE FAMILIA O AMIGO)

Nombre:		Apellido:	
Dirección:			
Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Otro número telefónico:	
Relación con el Cliente:			

### MEDICAMENTOS ACTUALES (CON RECETA Y DE MOSTRADOR)

Si no hay ninguno, indíquelo aquí.
Medicamentos actuales:

### ALERGIAS

Si no hay ninguna, indíquelo aquí.
Todas las alergias conocidas (por medicamento, comidas, piquetes de abejas etc.)

### HISTORIAL MEDICO PERTINENTE

Si no hay ninguno, indíquelo aquí.
Describa aquí cualquier historial médico pertinente:

### MÉDICO ACTUAL

Médico actual:
Dirección del Médico:
Número telefónico del Médico:



**FORMULARIO DE TRATAMIENTO  
MÉDICO EN CASO DE EMERGENCIA cont.**

Este consentimiento se me ha sido explicado y entiendo que el contenido que se va a divulgar, la necesidad de la información y que hay estatutos y regulaciones protegiendo la confidencialidad de la información autorizada. Por la presente reconozco que este consentimiento es voluntario y es valido basado en cualquier necesidad de tratamiento medico mientras se este en tratamiento con el Affiliated Santé Group. Este consentimiento no será valido una vez que yo haya terminado el programa.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



Lo siguiente son las responsabilidades de cada consumidor:

1. Un consumidor tiene la responsabilidad de proveer dentro de lo mejor de su conocimiento, información completa y precisa acerca de sus quejas, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados a cambios inesperados en su condición al practicante responsable. El consumidor es responsable de hacer saber si el o ella claramente comprende el curso de acción y que se espera de el o ella.
2. Un consumidor es responsable de seguir el plan de tratamiento desarrollado en colaboración con su terapeuta.
3. Un consumidor es responsable de mantener las citas y cuando él o ella no puede hacerlo por cualquier motivo, para notificar a su consejero.
4. Un consumidor es responsable de invitar a personas que lo apoyan y serán útiles para participar en su planificación de tratamiento.
5. Un consumidor es responsable, si corresponde, de tomar los medicamentos tal como se los recetaron.
6. Un consumidor es responsable de informarle a su médico o terapeuta si no está de acuerdo con sus recomendaciones.
7. Un consumidor es responsable de avisarle a su médico o terapeuta si o cuando desea terminar el tratamiento.
8. Un consumidor es responsable de cooperar con quienes tratan de cuidarlo.

# The Affiliated Santé Group

Notificación de Prácticas de Privacidad

**Su información. Sus derechos.  
Nuestras responsabilidades.**



Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

## SUS DERECHOS

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

---

### **Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico**

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

### **Solicitarnos que corrijamos su historial médico**

- Puede solicitarnos que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

### **Solicitar comunicaciones confidenciales**

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

### **Solicitarnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos**

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

### **Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información**

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un

informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

### **Obtener una copia de esta notificación de privacidad**

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

### **Elegir a alguien para que actúe en su nombre**

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos**

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800- 368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

## **SUS OPCIONES**

**Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.** Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

### **En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:**

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.
  - *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.*

**En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:**

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

**En el caso de recaudación de fondos:**

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

## **NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES**

**Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?** Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

---

### **Tratamiento**

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.
  - Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

### **Dirigir nuestra organización**

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
  - Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

### **Facturar por sus servicios**

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.
  - Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

### **¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?**

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

**[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html)**, disponible en español.

Hemos escogido participar en el Sistema Regional de Información de Chesapeake (CRISP), un intercambio regional de salud sirviendo a Maryland y D.C. Como lo permitan los parámetros de la ley, su información de salud será compartida con este intercambio a fin de proporcionar un acceso mas rápido, mayor coordinación de

cuidado y asistir a proveedores y oficiales de salud pública en la toma de decisiones más informadas. Usted puede optar por no y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y sometiendo un formulario de exclusión a CRISP por correo, fax o a través de nuestro sitio web [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org). Informando salud pública e información de Substancias controladas que son peligrosas, como parte del Programa de Vigilancia de Medicamentos de Prescripción de Maryland (PDMP), aun estará disponible para los proveedores.

---

### **Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad**

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

### **Realizar investigaciones médicas**

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

### **Cumplir con la ley**

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

### **Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos**

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

### **Trabajar con un médico forense o director funerario**

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

### **Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales**

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
  - En reclamos de compensación de trabajadores.
  - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
  - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.

- En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

### **Responder a demandas y acciones legales**

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

### **The Affiliated Santé Group sigue los requerimientos definidos en 42CFR parte 2**

## **NUESTRAS RESPONSABILIDADES**

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.
- Para mayor información, visite:
  - [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets\\_spanish.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html), disponible en español

### **Cambios a los términos de esta notificación**

- Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

### **Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones: A todos los programas Afiliados a Santé Group.**

The Affiliated Santé Group  
12200 Tech Road Silver Spring, Maryland 20904  
301-572-6585

Oficialía de Cumplimiento  
Melissa Quick, D.Min, CCS, LCAS, LPC  
Directora de Cumplimiento y Calidad Corporativa

***Fecha de Inicio: 03/15***



## Números de Teléfono Importantes

### **La Red Nacional de Prevención del Suicidio**

- Llame: 988
  - Su llamada es confidencial; esto significa que la persona que le escucha hará todo lo posible por no divulgar su identidad.
  - Nuestras líneas funcionan las 24 horas todos los días de la semana  
Tenemos actualmente 150 centros en la red y usted hablará probablemente con uno situado en su zona.
  - Cuando el centro contesta su llamada, usted estará hablando con una persona que le escuchará, le hará preguntas y hará todo lo que esté a su alcance para ayudarle.
- Si está usted preocupado por una persona que usted sabe que está pasando por una crisis o que piensa en suicidarse, nuestros centros pueden ayudarle. Una persona calificada del centro puede:
- Darle ideas y sugerencias sobre la forma de acercarse a la persona que le preocupa. Puede ayudarle a pensar qué podría decir para alentar a esa persona querida a pedir ayuda.
  - En algunos casos, el centro puede hablar en conferencia al mismo tiempo con usted y con la persona que le preocupa.
- No hace falta que esté usted en crisis para llamarnos. Nuestros centros pueden responder a preguntas generales sobre salud mental, depresión, suicidio, recursos de salud en la comunidad, y muchas cosas más. También es posible llamar para averiguar más sobre las actividades de prevención del suicidio en su zona.

### **Sistema de Crisis del Condado de Montgomery:**

- Llame 240-777-4000 (disponible las 24 horas, los 7 días de la semana)
- Servicios móviles de crisis: disponibles los 7 días de la semana desde las 8am hasta la medianoche; proporciona evaluaciones de emergencia en la comunidad

### **Maryland 2-1-1**

- Llame 211 es una línea gratuita de referencia e información que conecta a las personas con una amplia gama de servicios humanos y de salud, las 24 horas, los 7 días de la semana.



## Recibo de la Guía del Consumidor

Yo \_\_\_\_\_ he recibido una copia de la Guía del Consumidor de ASG y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que en esta guía no está todo incluido y meramente servirá como una referencia a lineamientos generales. Si llego a tener alguna pregunta, consultare con mi consejero o una persona apropiada del personal de ASG.

\_\_\_\_\_  
Firma del Consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha