

**CITRUS HEALTH NETWORK, INC. (CHN)
CLIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES
CLIENT RIGHTS**

I understand I have the right to:

- Not be excluded from participation in, be denied the benefits of or be subject to unlawful discrimination based on my race, color, age, national origin, sex, religion, marital status, familial status, disability, sexual orientation, genetics, gender identity or source of payment. I have the right to express my wishes with regard to my treatment. When CHN cannot meet my request, or need for care, I will be referred to an available and appropriate facility. I have the right to be informed in a language that I understand, including hearing and/or visually impaired services. According to section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 I have a right to appropriate auxiliary aids and services necessary to ensure effective communication at no cost. If I have a need for special services or accommodations, I may contact the Citrus Health Network ADA/Section 504 Coordinator at ext. 12353 or 305-424-3183 (TTY/TDD Relay 1-800-955-8771). If I believe that I have been denied services, I may file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights or the Department of Children and Families, Office of Civil Rights within 180 days of the alleged violation.
- Considerate, respectful care at all times and under all circumstances, with recognition of my personal dignity, cultural, spiritual, personal values and belief systems. I have the right to exercise my cultural and spiritual beliefs as long as they do not interfere with the well-being of others or my planned course of treatment. My spiritual needs may be met at my request through arrangement with resources in the community as my treatment allows.
- Personal privacy and confidentiality of information as per Federal and State laws. I understand these rights are outlined in Citrus Health Network's Notice of Privacy Practices.
- Necessary information, in a clear and concise explanation, to enable me to make treatment decisions that reflect my wishes. CHN will make every effort to assure that I understand the following: nature and goals of the individualized treatment plan, hours during which services are available, discharge plans along with plans following discharge, expected client conduct, and the types of infractions that can cause discharge from the facility. I have the right to know of experimental, research, or educational activities involved in my treatment. I also have the right to refuse to participate in any such activity without penalty. I have the right to know risks, side effects and benefits of all medications and treatment procedures and available alternate treatment procedures.
- Know the identity and professional status of all people involved in my care, including the identity of the individual who is primarily responsible for my treatment. I have the right to know any change in the professional staff responsible for my care or the reason for any transfer within or outside the organization.
- Know that all persons acting in good faith, reasonably and without negligence in relation to my care are free from all liability due to such acts. However, if a staff member were to violate or abuse my rights or privileges, they would be liable for damages under the law.
- Accept medical care or to refuse treatment to the extent permitted by law and to be informed of the consequences of such refusal. I have the right to leave CHN against medical advice, but I will be asked to sign a form to that effect.
- To provide CHN with an Advanced Directive. The Advance Directive will be honored and documented in my medical record and communicated to staff. I understand that if I presently do not have an Advance Directive, I have the right to create an Advance Directive and must ask CHN staff for more information. If an Advance Directive is given, please initial here: _____.
- Contact people outside the CHN by means of visitors or through written or verbal communication, including the abuse registry and the DCF Substance Abuse and Mental Health Program Office at 305-377-5029.
- A detailed, itemized explanation of my total bill for services, regardless of how these services will be paid. If I need financial aid to pay this bill, I am entitled to information and assistance in securing such aid.
- Know what rules and regulations apply to my conduct as a patient. If I have any complaints, I have a right to access the CHN's system for answering patient complaints, by contacting the individual who is primarily responsible for my treatment. My complaint will in no way affect the quality of care or compromise my future access to care.
- Know that for my safety as well as others, seclusion and restraints are used at CHN according to Federal and State Regulations and The Joint Commission. It is policy of CHN to keep clients safe from themselves or others while receiving treatment at CHN. Restraint and seclusion use is limited to emergencies in which there is imminent risk of an individual physically harming him/herself, staff or others and non-physical interventions would not be effective.

CLIENT RESPONSIBILITIES

I understand I am responsible for:

- providing my full name; proof of current address, such as rent receipt, voters registration, utility bill etc.; date of birth; place of employment or proof of unemployment; Medicare/Medicaid cards or proof of private insurance; proof of income;
- notifying CHN about any change in my address, telephone number, or any information I have given CHN;
- providing accurate and complete information about the history of treatment or care including the name and address of other physicians recently seen and all medications I am currently taking;
- reporting to CHN staff any perceived risks in my care. I am responsible for asking questions when I do not understand what I have been told about my care or what I am expected to do while receiving treatment at CHN;
- keeping my appointments. If I cannot keep my appointment, I need to notify CHN as soon as possible. CHN will try to see me or make arrangements for an appointment as soon as possible;
- following-up with my care at CHN, within the time specified in the notice. If I fail to contact CHN, my case will be closed without further notice. It is CHN's policy to close behavioral health cases that are inactive over ninety (90) days and primary care cases when they have been inactive for 3 years, from the client's last visit.
- meeting my financial obligations as agreed to. I will be charged for services according to my income.

NOTE: I may have other specific rights if I become a resident in one of the CHN's facilities. Consult with Admissions staff.

CITRUS HEALTH NETWORK, INC.
DERECHOS GENERALES DEL CLIENTE

Yo entiendo que yo tengo el derecho a:

- No ser excluido de participar, ser denegado beneficios o ser sujeto a discriminación ilegal basado en mi raza, color, edad, nacionalidad, sexo, religión, estado civil, estado familiar, incapacidad, orientación sexual, genética, identidad de género o forma de pago. El derecho a expresar mi deseo referente al tratamiento que voy a recibir. Cuando el Centro no pueda atender mis peticiones o necesidades, ser referido al lugar adecuado y disponible que pueda hacerlo. Tengo el derecho a ser informado en el idioma que yo entiendo, incluyendo impedimentos visuales ó auditivos. De acuerdo con la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, tengo derecho a los servicios y ayudas auxiliares necesarias para garantizar una comunicación efectiva sin costo. Si necesitara servicios especiales ó acomodamientos, puedo dirigirme al Coordinador de ADA de Citrus Health Network, extensión 12353 o 305-424-3183 (TTY/TTD Relay 1-800-955-8771). Si yo considero que se me ha negado servicios, entiendo que puedo remitir una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de los Derechos Civiles o al Departamento de Niños y Familias, Oficina de los Derechos Civiles durante un periodo de 180 días después de la alegada violación.
- Ser tratado siempre con consideración en cualquier circunstancia, respetando mi dignidad personal, cultural y valores personales. El derecho a ejercer mis costumbres y creencias siempre que las mismas no interfieran con el bienestar de otros o el curso de mi tratamiento. Mis necesidades espirituales podrán ser atendidas, si así yo lo deseo, a través de diferentes medios de la comunidad siempre que mi tratamiento lo permita.
- Que mi caso sea tratado confidencialmente y cualquier información de mi vida se mantendrá en privado según las leyes Federales y Estatales.
- Una explicación e información clara y concisa que me permita decidir que deseo sobre mi tratamiento. Se hará todo el esfuerzo necesario para que yo entienda lo siguiente: la naturaleza y metas de mi tratamiento y otros programas; las horas durante las cuales los servicios estarán disponibles; y planes para darme de alta y para proseguir mi tratamiento posterior; reglas de conducta y diferentes tipos de infracciones que pueden resultar en acción disciplinaria o mi despido del programa.
- Saber de experimentos y estudios, así como actividades educacionales relacionadas con mi tratamiento. Igualmente tengo el derecho a negarme a participar en las mismas. El derecho a saber de los beneficios que me dan los medicamentos y tratamientos aplicados que se me suministren, igualmente saber sobre cualquier riesgo o efecto secundario que estos puedan ocasionarme y en este caso las diferentes variantes por las que yo puedo optar.
- Conocer la identidad y el grado de profesionalismo de todas las personas que participen en mi cuidado, incluyendo las responsabilizadas directamente con mi tratamiento. Yo debo ser informado sobre cualquier cambio que se lleve a cabo, en referencia a los profesionales que me atienden, a un cambio en mi tratamiento o programa, como también la razón para cualquier traslado en esta u otra organización.
- Saber que todas las personas que actúen razonablemente, de buena fe, y sin negligencia en relación a mi cuidado están libres de toda responsabilidad legal debido a tales actos. Sin embargo, si un miembro del personal viola o abusa mis derechos o privilegios, ellos serían responsables de los perjuicios bajo la ley.
- Aceptar o rechazar el cuidado médico y el tratamiento indicado, hasta el punto que lo permita la ley; además, debo ser informado de las consecuencias que puede padecer por este rechazo. Yo tengo el derecho a abandonar el Centro contra la opinión médica, pero en este caso, debo firmar un documento que así lo haga constar.
- Proveer al Centro con una autorización firmada (Advance Directive). El "Advance Directive" será incorporado a mi expediente médico y se le dará información a todo el personal que tiene que ver con mi tratamiento. Yo comprendo que si en este momento no tengo un "Advance Directive", yo tengo el derecho de formular uno y un representante de CHN me puede proveer esta información.
- Comunicarme con cualquier persona fuera del centro por medio de visitantes o mediante comunicación escrita o verbal, incluyendo el registro de abuso y la oficina de DCF del Programa de Abuso de Sustancias y de Salud Mental al 305-377-5029.
- Explicación detallada de mi cuenta, por servicios prestados sin que importe como los mismos van a ser pagados. Si necesito ayuda económica para pagar dicha cuenta, se me informará y ayudará a conseguir la misma.
- Conocer las regulaciones concernientes a mi conducta como paciente. Si tengo alguna queja o petición tendré todo mi derecho al acceso a las oficinas donde un personal capacitado me atenderá. Mis quejas no afectarán en forma alguna la calidad y el compromiso de el centro en cuanto a mi atención futura.
- Saber que para mi seguridad y la de otras personas, el Centro empleará el uso de reclusiones y restricciones requeridas conforme a las Regulaciones Federales y Estatales y el Joint Commission. Es reglamentación de CHN mantener a sus clientes seguros de sí mismos u otras personas, mientras reciben tratamiento en el Centro. Dichas restricciones serán utilizadas de manera limitada y solo en casos de emergencia en las que haya un riesgo inmediato de que alguna persona se haga daño a sí misma, al personal o a otras personas cuando la intervención no-física sea insuficiente o inefectiva.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Yo soy responsable de:

- proveer mi nombre completo: prueba de dirección actual a través de un recibo de la renta; tarjeta de votante; cuenta de luz o gas etc.; fecha de nacimiento; lugar de trabajo o prueba de desempleo; tarjetas de Medicaid/Medicareo de mi seguro privado.
- notificar al centro cualquier cambio de dirección, número de teléfono o información dada anteriormente.
- proveer el nombre y dirección de otros médicos que yo he visto recientemente y todos los medicamentos que estoy recibiendo en este momento.
- informar a un empleado de CHN cualquier riesgo que perciba en referencia a mi tratamiento. Yo soy responsable de hacer preguntas cuando no comprenda algo que se me halla dicho sobre mi tratamiento o de aclarar algo que yo este supuesto a hacer mientras reciba tratamiento con CHN.
- mantener mis citas. Si no puedo cumplir con ellas debo notificar esto al centro y trataran de verme o hacer algún arreglo para sacar otra cita lo antes posible.
- dar seguimiento a mi cuidado en CHN según los parámetros establecidos en esta notificación. Si yo no me comunico con CHN, mi caso será cerrado sin que se me vuelva a notificar. Por póliza de CHN, casos inactivos por 90 días o más de salud mental, serán cerrados y casos de medicina general inactivos, después de 3 años de su última visita.
- cumplir con mis obligaciones financieras tales como se hayan acordado. Los servicios prestados se me cobrarán según mi ingreso.

NOTA: Es posible que al ser usted residente de alguna de las instalaciones del Centro, usted tenga otros derechos adicionales a estos mencionados. Consulte con nuestro personal de admisión.