



Bienvenido al Northwest Catholic Counseling Center (NCC). Decidir iniciar o continuar un proceso de autodescubrimiento es un acto increíble de valentía, fortaleza y esperanza. Nuestro compromiso es celebrar esas cualidades en usted, brindarle un ambiente seguro para expresarse sin juicios y construir una relación terapéutica de confianza en la que se sienta apoyado para alcanzar sus metas.

Documentación para Nuevos Clientes

- Los documentos contenidos en su **Paquete de Orientación** para el Cliente son **solo con fines informativos**. No se le pedirá llenar ningún formulario de este paquete para iniciar los servicios. Tómese el tiempo que necesite para revisar todos los documentos que se le piden y no dude en comunicarse con su profesional de salud si tiene alguna pregunta o inquietud. Usted ha recibido una copia en papel o en formato electrónico de su Paquete de Orientación que puede consultar en cualquier momento.
 - Los documentos del Paquete de Orientación incluyen:
 1. Carta de Bienvenida para el Cliente
 2. Declaración de Información y Formulario para recibir Tratamiento de Salud Mental
 3. Derechos y Responsabilidades del Cliente
 4. Política y Formulario de Quejas y Apelaciones
 5. Aviso de Prácticas de Privacidad
 6. Información y Formulario para el Registro de Votantes en Oregon
 7. Política de Servicios de Telemedicina
 8. Política de Riesgo y Prevención de Enfermedades Transmisibles
 9. Política de Pago de Honorarios
 10. Tabla de Cálculo Estimado
- Los documentos de su Paquete de Admisión deben **completarse y devolverse** a su profesional antes de su primera cita.
 - Por favor entregue los siguientes los formatos requeridos utilizando alguno de los siguientes formatos:
 - Inicie sesión a través del portal del cliente utilizando la información de acceso que se le enviará por correo electrónico mediante nuestro sistema DrCloudEMR. Siga las instrucciones para llenar los formularios del Paquete de Admisión y suba una copia de su identificación y tarjetas de seguro; **Ó**
 - Comuníquese con su profesional de salud para programar su llegada 1 hora antes de su primera cita y llenar los formularios en la sala de espera. Por favor, traiga su identificación y tarjetas de seguro.
 - Los documentos del Paquete de Admisión incluyen:
 1. Consentimiento informado para recibir Servicios de Tratamiento
 2. Acuerdo de honorarios
 3. Autorización de facturación
 4. Evaluación psicosocial
 5. Evaluación de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)
 6. Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)
 7. Lista de verificación para Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-5)
 8. Declaración de Divulgación Profesional de su profesional (PDS)
 - Documentos del Paquete de Admisión en la categoría de "según sea necesario" que su profesional de salud puede añadir a su paquete:

- Autorizaciones Informadas para Profesionales en Prácticas de Posgrado
- Autorización para Divulgación de Información
- Elegibilidad para Apoyo Financiero
- Autorización para Terceros Responsables de Pago

Servicios

- Los servicios de consejería se programan con cita previa, de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m., con disponibilidad limitada durante la noche. Los servicios se ofrecen en persona y a través de telemedicina.
- Las citas tienen una duración de 50 a 60 minutos, a menos que se acuerde otro tiempo con su profesional de salud. La frecuencia de las sesiones generalmente es una vez por semana, luego cada dos semanas, y así sucesivamente para un total de 24 a 36 sesiones. Sin embargo, tenga en cuenta que su profesional de salud puede reevaluar sus necesidades específicas en cualquier momento durante el tratamiento y recomendar un ajuste en la frecuencia o duración de las sesiones.
- NCC contrata Licenciados en Consejería Profesional, Asociados en Consejería Profesional, Licenciados en Trabajo Social Clínico, Asociados en Trabajo Social Clínico, y Estudiantes en Prácticas de Posgrado. Todos nuestros profesionales cuentan con licencia y/o están registrados ante la Junta correspondiente y reciben la supervisión clínica requerida.
- Si desea interrumpir la atención con su profesional de salud por cualquier motivo, por favor infórmele antes de su última sesión para que pueda preparar un plan de seguimiento y una referencia a otros profesionales que puedan ajustarse mejor a sus necesidades. Si su profesional de salud necesita interrumpir la atención por alguna razón, se le contactará lo antes posible con una referencia a otros profesionales para que puedan satisfacer sus necesidades.

Confidencialidad

- Su privacidad, seguridad y confianza son importantes para nosotros. Todos los registros de los clientes, así como la información discutida en las sesiones clínicas, se mantienen confidenciales. Las excepciones a esto se detallan en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, que se le proporciona en el Paquete de Orientación de NCC.
- Si tiene un profesional de salud mental o un tutor legal adicional involucrado en su atención, le sugerimos completar el formulario de Autorización para la Divulgación de Información para poder coordinar su atención.
- Nuestro personal no acepta solicitudes de contacto de clientes actuales o anteriores en ninguna red social.

Quejas y Apelaciones

- Es su derecho y responsabilidad comunicar al personal de NCC cualquier preocupación que tenga con respecto a su tratamiento. En NCC nos esforzamos por abordar todas sus inquietudes de manera rápida, simple y justa.
- Por favor, revise nuestra Política de Quejas y Apelaciones que se encuentra en el Paquete de Orientación de NCC para obtener orientación sobre cómo presentar una queja o apelación, en caso de que surja la necesidad.

Pagos y Tarifas

- NCC es una organización independiente sin fines de lucro que ha podido ofrecer servicios accesibles de salud mental a quienes los necesitan gracias a la generosidad continua de donantes de la comunidad y clientes anteriores. Dicho esto, el pago de las tarifas por parte de los clientes también forma un papel fundamental para mantener a nuestra organización y nuestra misión.
- Por ese motivo, el pago debe realizarse al momento de recibir el servicio. Si usted está pasando por dificultades

económicas, por favor infórmenos, y con gusto discutiremos opciones de asistencia financiera. Se aplica un cargo de \$20.00 por cheques devueltos o pagos retenidos en tarjetas de débito/crédito.

- Si elige usar su seguro médico, haremos todo lo posible para facturarlos utilizando la información que tenemos registrada. Es su responsabilidad notificarnos sobre cualquier cambio en su seguro y cubrir el saldo restante que su seguro no cubra (por ejemplo, el deducible, el copago, el coseguro, etc.).
- Las citas deben cancelarse o reprogramarse con al menos 24 horas de anticipación para evitar un cargo de \$50 por cancelación tardía. Además, su tratamiento podría ser pausado después de tres ausencias consecutivas sin aviso, por lo que le pedimos que se comprometa a asistir regularmente a sus sesiones.

Emergencias

- Si está pensando en hacerse daño a sí mismo o a otra persona, por favor notifíquelo a su profesional de salud lo antes posible para que juntos desarrollen un plan que le ayude a mantenerse seguro. En caso de una crisis de salud mental, acuda a la clínica de urgencias más cercana o contacte a una de las líneas de apoyo que mencionamos a continuación:
 - Línea de Mensajes de Emergencia: Text OREGON to 741741
 - Línea de Apoyo de Lines for Life: 800-273-8255
 - Línea de Crisis del Condado de Multnomah: 800-716-9769

Gracias por tomarse el tiempo para revisar estas políticas. Esperamos con interés trabajar con usted.

Atentamente,
Northwest Catholic Counseling Center



A continuación encontrará información sobre la Declaración para Tratamiento de Salud Mental.

Si desea completar el formulario de Declaración voluntaria para Tratamiento de Salud Mental, puede encontrar una copia electrónica en su portal de cliente en la pestaña "Formularios Clínicos" o una copia impresa en su Paquete de Orientación, en nuestro lobby, o según lo solicite cualquier Personal del NCC.

Hable con su médico para obtener ayuda adicional para completar este formulario, si es necesario.

- El formulario de Declaración de tratamiento de salud mental es un documento legal a través del estado de Oregón que le permite tomar decisiones ahora sobre la atención de salud mental futura en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones de atención.
- Sólo un tribunal y dos médicos pueden decidir que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre su atención.
- También puede utilizar este formulario para nombrar a un adulto que pueda tomar decisiones de salud mental por usted cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo.
- Esta persona debe aceptar por escrito representarlo. La persona que nombre debe seguir sus deseos. Si nadie conoce sus deseos, la persona que usted nombre debe hacerlos por usted. Deben tomar decisiones que sean lo mejor para usted.
- Una Declaración de Tratamiento de Salud Mental es válida por tres (3) años. Si no puede tomar decisiones, este documento permanecerá vigente hasta que pueda tomar sus propias decisiones.
- Puede cambiar o cancelar su Declaración en cualquier momento siempre que sea capaz de tomar decisiones por sí mismo.
- Es importante entregar su formulario completo a su médico y una copia a la persona que lo representa.
- Para obtener más información sobre la Declaración para tratamiento de salud mental, visite el sitio web del estado de Oregón en: <https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9550.pdf>



Atención: Este es un documento legal que contiene información importante sobre las preferencias o instrucciones de la persona que recibirá tratamiento de salud mental.

Yo, _____, siendo un adulto en pleno uso de mis facultades mentales, de manera voluntaria e intencional, hago esta declaración para recibir tratamiento de salud mental.

Deseo que esta declaración se cumpla si un tribunal o dos médicos determinan que no soy capaz de tomar decisiones por mí mismo debido a que mi capacidad para recibir y evaluar información de manera efectiva o comunicar decisiones está afectada al grado de carecer de la capacidad de rechazar o consentir un tratamiento de salud mental.

"Tratamiento de salud mental" significa el tratamiento de enfermedades mentales con medicamentos psicoactivos, la admisión y permanencia en una institución de salud por un período de hasta 17 días, tratamiento convulsivo y servicios ambulatorios que se especifican en esta declaración.

Selección del Responsable de Tomar Decisiones

Si llego a ser incapaz de otorgar o negar el consentimiento informado para recibir tratamiento de salud mental, deseo que estas decisiones sean tomadas por: (MARQUE SÓLO UNO)

_____ Mi representante asignado de acuerdo a mis deseos o, si mi representante desconoce mis deseos, según lo que él/ella crea que es mejor para mí.

_____ Por el proveedor de salud mental que requiere de mi consentimiento para tratarme, pero únicamente según lo específicamente autorizado en esta declaración.

Representante Asignado

Si he decidido nombrar a un representante para tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud mental cuando yo no sea capaz, designo a esa persona aquí. También puedo nombrar a un representante alterno para que actúe en caso necesario. Cada persona que elija debe aceptar el nombramiento para poder desempeñar el cargo. Entiendo que no estoy obligado a nombrar un representante para completar esta declaración.

Por la presente designo a:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

para actuar como mi representante y tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud mental si llego a ser incapaz de otorgar o negar el consentimiento informado para dicho tratamiento.

NO AUTORIZO LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS DE SALUD MENTAL: (Considere incluir sus razones, como reacciones adversas pasadas, alergias o un diagnóstico erróneo. Tenga en cuenta que una persona puede ser tratada sin su consentimiento si está bajo la ley de compromiso civil.)

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE MIS NECESIDADES DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL: (Considere incluir antecedentes de salud mental o física, requisitos dietéticos, razones religiosas, personas a notificar y otros asuntos importantes.)

DEBE FIRMAR CON FECHA PARA QUE ESTA DECLARACIÓN SEA VÁLIDA:

Nombre con Letra de Imprenta y Firma

Fecha

Afirmación de Testigos

Yo afirmo que la persona que firma esta declaración:

- a) Es alguien a quien conozco personalmente;
- b) Firmó o reconoció su firma en esta declaración en mi presencia;
- c) Parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo presión, fraude o influencia indebida;
- d) No está relacionada conmigo por sangre, matrimonio o adopción;
- e) No es paciente ni residente en una instalación que yo o un familiar mío posea o administre;
- f) No es mi paciente y no recibe servicios de salud mental de mi parte ni de parte de un familiar mío; y
- g) No me ha nombrado como representante en este documento.

Testificado por:

Nombre en Letra de Imprenta y Firma del Testigo	Fecha
-------------------------------------------------	-------

Nombre en Letra de Imprenta y Firma del Testigo	Fecha
-------------------------------------------------	-------

Aceptación del Nombramiento como Representante

Acepto este nombramiento y estoy de acuerdo en actuar como representante en la toma de decisiones de tratamiento de salud mental. Entiendo que debo actuar de manera consistente con los deseos de la persona a la que represento, según se expresan en esta declaración o, si no están expresados, de acuerdo a como los conozca de otra forma. Si desconozco los deseos de la persona a la que represento, tengo el deber de actuar de buena fe en lo que considero que es el mejor interés para esa persona. Entiendo que este documento me otorga autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental únicamente mientras se haya determinado que esa persona es incapaz de tomar dichas decisiones por un tribunal o por dos médicos. Entiendo que la persona que me nombró puede cancelar esta declaración, total o parcialmente, comunicando la cancelación al médico tratante u otro proveedor cuando no esté incapacitada.

Nombre en Letra de Imprenta y Firma del Representante	Fecha
-------------------------------------------------------	-------

Aviso para la Persona que Realiza una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental

Este es un documento legal importante. Crea una declaración para el tratamiento de salud mental. Antes de firmar este documento, debe conocer estos datos importantes:

- Este documento le permite tomar decisiones por adelantado sobre ciertos tipos de tratamiento de salud mental: medicamentos psicoactivos, admisión a corto plazo (no superior a 17 días) en una institución de tratamiento, tratamiento convulsivo y servicios ambulatorios. Los servicios ambulatorios son servicios de salud mental proporcionados mediante cita por profesionales y programas autorizados.
- Las instrucciones que incluya en esta declaración se seguirán únicamente si un tribunal o dos médicos determinan que usted no es capaz de tomar decisiones sobre su tratamiento. De lo contrario, se le considerará capaz de otorgar o negar su consentimiento para los tratamientos. Sus instrucciones pueden ser anuladas si se encuentra bajo la ley de compromiso civil.
- También puede nombrar a una persona como su representante para que tome decisiones de tratamiento en su nombre si usted no es capaz de hacerlo. La persona que usted designe tiene el deber de actuar de manera razonable con sus deseos, tal como se expresan en este documento o, si no están expresados, según los conozca de otra manera. Si su representante no conoce sus deseos, deberá tomar decisiones basándose en lo que crea que es mejor para usted. Para que el nombramiento sea válido, la persona

designada debe aceptar el nombramiento por escrito.

- Esa persona también tiene derecho a renunciar a actuar como su representante en cualquier momento. Un "representante" también se conoce como un "apoderado" en la ley estatal, pero no necesita ser un abogado titulado.
- Este documento continuará vigente durante un período de tres años, a menos que usted se encuentre imposibilitado de participar en decisiones relacionadas con el tratamiento de salud mental. Si esto ocurre, la directiva permanecerá vigente hasta que usted recupere la capacidad.
- Tiene derecho a revocar este documento, total o parcialmente, en cualquier momento en que no haya sido declarado incapaz. No puede revocar esta declaración si un tribunal o dos médicos lo consideran incapaz.
La revocación será efectiva cuando se comunique a su médico tratante u otro proveedor.
- Si hay algo en este documento que no entienda, debe pedir a un abogado que se lo explique. Esta declaración no será válida a menos que sea firmada por dos testigos cualificados que le conozcan personalmente y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

Aviso para el Médico o Proveedor

- Según la ley de Oregon, una persona puede utilizar esta declaración para otorgar consentimiento para el tratamiento de salud mental o para nombrar a un representante que tome decisiones sobre el tratamiento de salud mental cuando la persona no sea capaz de tomarlas por sí misma.
- Una persona se considera "incapaz" cuando, según la opinión de un tribunal o de dos médicos, su capacidad para recibir y evaluar información de manera efectiva o para comunicar decisiones está tan afectada que actualmente carece de la capacidad para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento de salud mental.
- Este documento entra en vigor cuando se entrega al médico u otro proveedor de la persona y permanece válido hasta que sea anulado o caduque. Al recibir esta declaración, el médico o proveedor debe incluirla en el expediente médico de la persona. Al actuar bajo la autoridad de esta declaración, el médico o proveedor debe cumplir con ella en la mayor medida posible.
- Si el médico o proveedor no está dispuesto a cumplir con la declaración, puede dejar el tratamiento de acuerdo con su juicio profesional, pero debe notificarlo de inmediato a la persona y al representante de la misma, y documentar dicha notificación en el expediente médico de la persona.
- Un médico o proveedor que administre o no administre un tratamiento de salud mental de acuerdo con esta declaración y confiando de buena fe en su validez, no estará sujeto a enjuiciamiento penal, responsabilidad civil ni acción disciplinaria profesional como resultado de una determinación posterior de la invalidez de la declaración.



Todo individuo que recibe servicios en el Centro Católico Noroeste de Consejería tiene el derecho a:

1. Ser informado al inicio de los servicios y periódicamente de estos derechos;
2. Estar libre de discriminación por motivos de raza, etnicidad, género, identidad de género, orientación sexual, religión, credo, origen nacional, edad, estado civil, ingresos y discapacidad;
3. Ser tratado con dignidad, respeto y compasión y practicar su religión;
4. Recibir servicios que sean competentes (basados en la cultura, la investigación, y la información sobre el trauma) en un ambiente seguro, limpio y cómodo;
5. Recibir servicios que protegen los derechos del individuo y apoyan su autonomía;
6. Recibir servicios inmediatos de acuerdo a nuestra capacidad;
7. Estar informado sobre las reglas y procedimientos de NCC, los acuerdos de servicio y las tarifas de los servicios proveídos, y contar con un representante que le ayude a comprender cualquier información presentada;
8. Recibir información escrita sobre el programa en el idioma del individuo;
9. Que se le expliquen los servicios, incluyendo los resultados esperados y los posibles riesgos;
10. Dar consentimiento por escrito antes del inicio de los servicios, excepto en una emergencia médica o según lo permita la ley (menores de edad pueden dar su propio consentimiento a partir de los 14 años);
11. Participar en el desarrollo de un plan de servicios, recibir una copia, recibir servicios consistentes con el plan y participar en revisiones y re-evaluaciones periódicas de las necesidades de servicios;
12. Tener la participación de la familia y el adulto responsable en la planificación y prestación de servicios;
13. Recibir notificación previa de transferencia, a menos que las circunstancias que requieran la transferencia representen una amenaza para la seguridad del cliente;
14. Inspeccionar su archivo clínico de acuerdo con ORS 179.505;
15. Tener privacidad y confidencialidad de acuerdo con Oregon ORS, HIPAA y 42 CFR Parte 2;
16. Que la Junta correspondiente confirme las credenciales de su terapeuta;
17. Presentar quejas, incluyendo decisiones de apelaciones sobre la queja;
18. Rechazar el tratamiento y/o participar en servicios que involucren investigaciones clínicas;
19. No ser restringido físicamente;
20. Recibir servicios sin abuso o negligencia y denunciar cualquier incidente de abuso o negligencia;
21. Ejercer todos los derechos, incluidos los establecidos en ORS 109.610 - 109.697 aun si el individuo es un niño menor de 14 años y ORS 426.385 si el individuo está bajo la tutela de la Autoridad, sin ningún tipo de represalia.

Todo individuo que recibe servicios en el Centro Católico Noroeste de Consejería tiene la responsabilidad de:

1. Proporcionar información correcta y completa;
2. Aclarar si no comprende la información que se le proporcionó;
3. Notificar a su terapeuta si tiene alguna pregunta o preocupación sobre su tratamiento; y
4. Hacer los arreglos necesarios para que NCC reciba el pago por los servicios que le brindó.



The Northwest Catholic Counseling Center
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205
Portland, OR 97220
(503) 253-0964
www.nwcounseling.org

Política de Quejas y Apelaciones

Grievance and Appeal Policy

La Política y Procedimiento del Northwest Catholic Counseling Center (NCC) sobre referencias, coordinación de cuidados y transferencia de servicios cumple con las normas OAR 309-019-0105 y 309-019-0140.

El Formulario de Quejas y Apelaciones del Cliente está disponible como copia electrónica en el paquete de orientación del portal del cliente o en nuestro sitio web nwcounseling.org. La versión impresa del formulario se puede encontrar en el paquete de orientación del cliente impreso, en nuestra sala de espera o solicitándolo a cualquier miembro del personal del NCC. NCC se compromete a brindar servicios de tratamiento profesional que cumplan con todas las leyes, políticas y procedimientos aplicables. Es el derecho y la responsabilidad del cliente comunicarse con el personal del NCC sobre cualquier preocupación que tenga con respecto a su tratamiento. Nos esforzamos por abordar todas las preocupaciones de manera rápida, simple y justa. Por favor, revise la siguiente Política de Quejas y Apelaciones para obtener orientación sobre cómo apoyar a un cliente en este proceso, así como los procedimientos adicionales para el personal.

Tenga en cuenta que una persona que presenta una queja, un testigo o un miembro del personal no pueden ser objeto de represalias, discriminación ni ninguna otra penalización por parte del NCC por presentar un informe, ser entrevistados sobre una queja o ser testigos.

La persona que presenta la queja está protegida de cualquier responsabilidad civil o penal respecto a la creación o contenido de una queja hecha de buena fe. Las quejas se mantienen confidenciales de acuerdo con las leyes aplicables y las políticas y procedimientos del NCC. Las quejas y apelaciones se guardan en un registro confidencial que es resguardado por el Gerente Clínico y está sujeto a revisión por la Autoridad de Salud de Oregon – División de Sistemas de Salud.

- **Queja** – Una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto relacionado con el tratamiento del cliente.
 - **Paso 1: Queja Informal**
 1. Intente resolver el problema a nivel informal hablando con las personas directamente involucradas y que estén en mejor posición para ayudar; por ejemplo, el profesional o algún otro miembro del personal.
 2. Si esto es inconveniente o resulta poco eficaz, solicite hablar con el supervisor de esa persona.
 3. Si el problema no se resuelve a nivel de supervisor, solicite hablar con el Director Ejecutivo.
 4. En cualquier momento de este paso, el cliente o el personal pueden solicitar apoyo de un mediador.
 - **Paso 2: Queja Formal**
 1. Si el problema no puede resolverse de manera informal, el cliente puede presentar su queja en cualquier momento por escrito, utilizando el Formulario de Queja y Apelación del Cliente (ver plantilla adjunta).
 2. El formulario debe estar completamente lleno, firmado y fechado para ser aceptado.
 3. El cliente puede entregar el formulario completo en persona o enviarlo por correo postal a: Northwest Catholic Counseling Center 8383 NE Sandy Blvd, Suite 205, Portland, OR 97220.
 4. El cliente puede autorizar a un representante legal para actuar en su nombre durante el proceso de queja o apelación.

- **Paso 3: Respuesta de NCC**
 1. El cliente o su representante legal recibirá una confirmación por escrito (consulte la plantilla de carta adjunta) dentro de los 3 días hábiles después de haber recibido el Formulario de Quejas y Apelaciones del Cliente por parte del personal designado de NCC.
 - a. El Gerente Clínico supervisará el proceso de quejas. Si la queja involucra al Gerente Clínico, el Director Ejecutivo supervisará el proceso. Si la queja involucra al Director Ejecutivo, será procesada por la Junta Directiva de NCC.
 2. El personal designado de NCC completará su investigación dentro de los 30 días siguientes a haber recibido la queja.
 3. El personal designado de NCC enviará al cliente o a su representante legal una respuesta escrita dentro de los 3 días hábiles después de haber tomado una decisión (ver plantilla de respuesta adjunta). La respuesta escrita resumirá el proceso de investigación, los hallazgos, la decisión y el plan de acción, si corresponde. La respuesta también incluirá información sobre el proceso de apelación.
- **Apelación** – Una solicitud para que sea revisada y cambiada una decisión debido a que el cliente no está satisfecho con ella.
 1. Si el cliente o su representante legal no están satisfechos con la decisión, pueden presentar una apelación por escrito dentro de los 10 días hábiles luego de haber recibido respuesta escrita de NCC. El cliente deberá completar un nuevo Formulario de Queja y Apelación del Cliente y seguir las instrucciones del apartado 'Queja' al presentar su apelación.
 - a. El Director Ejecutivo supervisará el proceso de apelación. Si el Director Ejecutivo ya había investigado y respondido a la queja, la apelación será procesada por la Junta Directiva de NCC.
 2. El personal designado del NCC completará su investigación dentro de los 30 días posteriores a haber recibido la apelación.
 3. El personal designado del NCC enviará al cliente o a su representante legal una respuesta por escrito dentro de 3 días hábiles después de tomar una decisión. La respuesta escrita resumirá el proceso de investigación, los hallazgos, la decisión y el plan de acción, si corresponde.
 4. Si la Junta de Directores del NCC ya había investigado y respondido a la queja, el cliente puede enviar un Formulario de Queja de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) en su sitio web para una investigación de seguimiento.
 - a. La División de Sistemas de Salud de OHA (HSD) hará todo lo posible para resolver la queja dentro de un periodo de 30 días. Una vez que se haya reunido y revisado toda la información necesaria, la HSD enviará al cliente una carta de resolución para comunicar la solución y los próximos pasos a seguir. Si el cliente o su representante legal no está satisfecho con la decisión de la apelación, puede presentar una segunda apelación por escrito dentro de los diez días hábiles después de la fecha de la respuesta escrita al Director de la División.
- **Queja urgente**
En situaciones donde el asunto de la queja pueda causar daño al cliente antes de que se completen los procedimientos de la queja, el cliente o su representante legal pueden solicitar una revisión urgente.

El personal designado de NCC deberá revisar y responder a la queja en un periodo de 48 horas después de recibirla. La respuesta escrita incluirá información sobre el proceso de apelación.
- **Información de contacto útil**
 - a. División de Sistemas de Salud de OHA – (503) 945-5763
 - b. Derechos de Discapacidad de Oregon – (503) 243-2081
 - c. HealthShare de Oregon – (503) 416-8090
 - d. Governor's Advocacy Office – (503) 945-6904



The Northwest Catholic Counseling Center
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205
Portland, OR 97220
(503) 253-0964
www.nwcounseling.org

Formulario de Queja y Apelación del Cliente
Client Grievance and Appeal Form

Entregue su Formulario de Queja y Apelación completo en persona o por correo postal (USPS) a:

Northwest Catholic Counseling Center, 8383 NE Sandy Blvd, Suite 205, Portland, OR 97220

Deseo presentar (marque una opción):

Queja

Apelación

Queja urgente

**NOTA: Por favor, consulte los requisitos para presentar una Queja Urgente en la Política de Quejas y Apelaciones del NCC.*

Nombre y Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Hoy: _____

Relación con el Cliente: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección Postal: _____

Nombre y Fecha de Nacimiento del Cliente (si no está completando el formulario): _____

Fecha/Hora del Incidente: _____ Persona(s) Involucrada(s): _____

Describa brevemente el(los) problema(s) que originaron esta queja/ apelación (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Describa brevemente las acciones que ha tomado para resolver el problema:

Describa brevemente lo que cree que sería una resolución satisfactoria:

He leído y entiendo la Política de Quejas y Apelaciones del NCC. Certifico que la información que he proporcionado es veraz y correcta.

Nombre

Firma

Fecha



Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.

Nuestro deber de salvaguardar su información médica protegida

La información identificable sobre su salud pasada, presente o futura, la prestación de atención médica o el pago de la atención médica se considera "Información de salud protegida" (ISP). Estamos obligados a extender ciertas protecciones a su ISP y brindarle este aviso sobre prácticas de privacidad que explican cómo, cuándo y por qué podemos usar o divulgar su PHI. Excepto en circunstancias específicas, debemos usar o divulgar solo la PHI mínima necesaria para lograr el propósito previsto del uso o divulgación.

Se le ha proporcionado una copia de este aviso en su paquete de orientación antes de comenzar los servicios. Copias adicionales de este aviso están disponibles en la sala de espera y en nuestro sitio web en www.nwcounseling.org.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida

Usamos y divulgamos PHI por diversas razones. Tenemos un derecho limitado a usar y/o divulgar su PHI para fines de tratamiento, pago y para nuestras operaciones de atención médica. Para usos más allá de eso, debemos tener su autorización por escrito. Si divulgamos su PHI a una entidad externa para realizar una función en nuestro nombre, debemos tener un acuerdo de esa entidad que extenderá la misma protección de privacidad a la información que debemos aplicar a su PHI. Sin embargo, la ley establece que se nos permite realizar algunas divulgaciones sin consentimiento o autorización. A continuación, se describen y ofrecen ejemplos de nuestras divulgaciones de su PHI.

- Para tratamiento: podemos divulgar su PHI a médicos u otro personal de atención médica que esté involucrado en brindarle atención médica.
- Para obtener pagos: podemos divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de sus servicios de atención médica.
- Para operaciones de atención médica: es posible que debamos proporcionar información a una agencia gubernamental para su estudio. Esto es muy poco probable, pero si ocurriera, su nombre se eliminará de lo que se envíe.

Usos y divulgaciones de PHI que requieren autorización

Para divulgaciones más allá de los fines de tratamiento, pago y operaciones, debemos contar con su autorización por escrito, a menos que la divulgación se encuentre dentro de una de las excepciones que se describen a continuación. La autorización se puede revocar en cualquier momento para detener divulgaciones futuras, excepto en la medida en que ya hayamos actuado según su autorización.

Usos y divulgaciones de PHI de registros de salud mental que no requieren consentimiento

- Cuando lo exija la ley: debemos divulgar PHI para informar sospechas de abuso, demandas u otros procedimientos legales en los que hayamos recibido una citación y a agencias gubernamentales que supervisan el cumplimiento de HIPAA.

- Para evitar una amenaza a la salud o la seguridad: para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, debemos divulgar su PHI según sea necesario a las autoridades u otras personas que razonablemente puedan presentar o disminuir la amenaza de daño.
- Para funciones gubernamentales específicas: debemos divulgar la PHI del personal militar y de los veteranos a programas de beneficios gubernamentales relacionados con la elegibilidad e inscripción, programas de compensación laboral y para la seguridad nacional.

Sus derechos con respecto a su información médica protegida

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información de salud protegida:

- Para solicitar restricciones a las divulgaciones: tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que divulgamos su PHI. Consideraremos su solicitud, pero no estamos legalmente obligados a aceptarla. En la medida en que estemos de acuerdo, pondremos el acuerdo por escrito y lo cumpliremos excepto en situaciones de emergencia. No podemos aceptar limitar las divulgaciones requeridas por la ley.
- Para inspeccionar y solicitar una copia de su PHI: a menos que el acceso a sus registros esté restringido por razones de tratamiento claras y documentadas, tiene derecho a ver su PHI previa solicitud por escrito. Si solicita copias de su PHI, es posible que se le imponga un cargo por la copia, según sus circunstancias. Tiene derecho a elegir qué partes de su información desea copiar.
- Para solicitar una modificación de su PHI: si cree que hay un error o falta información en su PHI, puede solicitar, por escrito, que corrijamos el registro. Le responderemos dentro de los 60 días. Podemos rechazar la solicitud si determinamos que la PHI es: 1. Correcta y completa; 2. No creado por nosotros; 3. No se permite su divulgación. Cualquier denegación indicará el motivo de la denegación.
- Para saber qué divulgaciones se han realizado: tiene derecho a recibir una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué contenido de su PHI se ha divulgado aparte de los casos de divulgación: para tratamiento, pago y operaciones. ; a usted, su familia o conforme a su autorización escrita. Su solicitud puede estar relacionada con divulgaciones que se remontan a siete años.
- Consejería de Pareja: En lo que respecta a la consejería de pareja, la confidencialidad es de ambas partes. No se divulgará ninguna información a menos que se reciba un formulario de consentimiento firmado por ambas partes.

Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la persona que figura a continuación. También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Una queja no afectará la calidad de su atención con nosotros.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad y Seguridad al (503) 253-0964. Nuestro compromiso ético con su privacidad va más allá de la ley federal. Haremos todo lo posible para informarle sobre las divulgaciones de rutina.



A continuación, encontrará información sobre el registro de votantes en el estado de Oregon.

Si desea registrarse para votar, puede utilizar el enlace a continuación, obtener un formulario en nuestra recepción o solicitar un formulario en papel al personal de NCC. Si necesita asistencia adicional para registrarse para votar, hable con su personal clínico para recibir apoyo.

1. ¿Estoy registrado/a para votar?
 - [Verifique o actualice su registro de votante.](#) Tenga en cuenta que si tiene menos de 18 años o es un votante confidencial, no podrá verificar el estado de su registro en línea. Si se registró recientemente, su información puede no estar en línea aún. Para verificar el estado de su registro, por favor llame al 503-988-VOTE (8683).
2. ¿Cómo puedo registrarme para votar?
 - [Regístrese para votar en línea utilizando el sistema "My Vote"](#) de la Secretaría del Estado de Oregon si tiene al menos 16 años, es residente de Oregon y es ciudadano de los Estados Unidos. Para registrarse se requiere una licencia de conducir de Oregon o una tarjeta de identificación estatal emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados de Oregon (DMV) para registrarse en línea.
 - Si no tiene una licencia de conducir de Oregon, imprima y complete un formulario de registro de votante (en los enlaces a continuación), firme el formulario y envíelo por correo o entréguelo en persona. Por favor, no envíe por correo electrónico su tarjeta de registro original. La tarjeta de registro original es un requisito según la ley de Oregon. Si no tiene una impresora, llame a la oficina de Elecciones del Condado de Multnomah al 503-988-VOTE (8683). También puede obtener un formulario de registro en papel en su oficina local de correos o en la biblioteca pública.
 - [Formulario PDF para completar el registro de votantes de Oregon- Inglés English](#)
 - [Formulario PDF para completar el registro de votantes de Oregon - Español Spanish](#)
 - [Información para votantes que enfrentan inestabilidad habitacional o no tienen hogar.](#) Sí, usted aún puede registrarse para votar si no tiene una dirección permanente.
3. ¿Cómo puedo actualizar mi registro de votante?
 - Cambio de dirección – Si ya está registrado en Oregon y solo está cambiando su lugar de residencia o dirección postal (local o en el extranjero), [actualice su dirección aquí.](#)
 - Cambio de afiliación partidaria – Actualice su afiliación partidaria llenando una nueva tarjeta de [registro en línea](#) o [imprimiéndola](#) aquí.
 - Cambio de nombre – Llene una [nueva tarjeta de registro](#) para tener su nueva firma en nuestros registros.
4. ¿Dónde puedo encontrar tarjetas de registro para votar?
 - [Oficina Electoral del Condado](#)
 - [Oficinas Postales](#)
 - [Bibliotecas](#)
 - [Oficinas del DMV](#)

Tarjeta de Inscripción de Elector de Oregon

puede usar este formulario para

- inscribirse para votar
- actualizar su información

Si aún no tiene 18 años de edad, no recibirá una papeleta para votar sino hasta que ocurra una elección en el día que cumpla 18 años o después.

1 Use tinta negra o azul para completar el formulario.

2 Firme el formulario.

3 Envíe por correo postal el formulario o entréguelo a la Oficina de Elecciones de su Condado.

La Oficina de Elecciones de su Condado le enviará por correo postal una Tarjeta de Aviso al Elector para confirmar su inscripción.

oregonvotes.gov

1 866 673 8683
se habla español

TTY 1 800 735 2900
para personas con problemas de audición

divulgación de información

La información presentada en una Tarjeta de Inscripción de Elector es un registro público. Sin embargo, la información presentada en la sección de Licencia de Conductor de Oregon es, por ley, confidencial.

asistencia

Si necesita asistencia para inscribirse para votar o para votar, comuníquese con el Oficial de Elecciones de su Condado. Vea al dorso la información de contacto.

La fecha límite para inscribirse para votar ocurre a los 21 días antes de una elección.

Sólo los electores inscritos reúnen los requisitos para firmar peticiones.

Debe brindar su Licencia de Conductor, Permiso para Conducir o número de identificación de Oregon válidos. Una Licencia de Conductor suspendida es válida, una Licencia de Conductor revocada no es válida.

-o-
Si no tiene identificación de Oregon válida, brinde los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social.

-o-
Si no tiene un número de Seguro Social ni identificación de Oregon válida, brinde una copia de uno de los artículos siguientes que muestre su nombre y dirección actuales.

identificación aceptable

- identificación con foto válida
- un talón de nómina
- una factura de servicios públicos
- un estado de cuenta bancaria
- un documento gubernamental
- comprobante de cumplimiento de requisitos bajo la Ley Electoral de Ciudadanos Uniformados o en el Extranjero Ausentes (UOCAVA) o la Ley de Acceso al Voto para Ancianos y Discapacitados (VAEH).



SEL 500a rev 01/2024

requisitos

- ¿Es ciudadano de Estados Unidos de Norteamérica? sí no
- ¿Tiene al menos 16 años de edad? sí no

! Si marca no como respuesta a cualquiera de estas preguntas, no complete este formulario.

información personal *información requerida

apellidos* primer nombre* segundo nombre

dirección, ciudad y código postal de residencia en Oregon (incluya el número de apt. o espacio)*

fecha de nacimiento (mes/día/año)* condado de residencia

téléfono correo electrónico

dirección postal, incluyendo ciudad, estado y código postal (requerida si es diferente a la residencial)

Licencia de Conductor o número de Identificación de Oregon

Brinde un número de **Licencia de Conductor, Permiso o Identificación de Oregon** válido:

No tengo un número de Licencia de Conductor, Permiso ni Identificación de Oregon válido. Los últimos 4 dígitos de mi **Número de Seguro Social (SSN)** son:

x x x - x x -

No tengo un número de Licencia de Conductor, Permiso ni Identificación de Oregon válido ni un Número de Seguro Social. He anexado una copia de **identificación aceptable**.

partido político

- No es miembro de un partido
- Constitución
- Demócrata
- Independiente
- Libertario
- Sin Etiquetas
- Verde Pacífico
- Progresista
- Republicano
- Familias Trabajadoras
- Otro _____

firma Juro o afirmo que estoy calificado(a) para ser un elector y que he dicho la verdad en esta inscripción.

firmé aquí _____ fecha de hoy _____

! Si firma esta tarjeta y sabe que es falsa, puede ser multado por hasta \$125,000 y/o encarcelado por hasta 5 años.

actualizaciones a la inscripción Complete esta sección si desea actualizar su información.

nombre en la inscripción anterior condado y estado anteriores

dirección residencial en la inscripción anterior fecha de nacimiento (mes/día/año)



Secretary of State
Salem OR 97310-0722

Las Oficinas de Elecciones de los diferentes Condados

Condado Baker

1995 3rd St, Ste 150
Baker City OR 97814-3365
541 523 8207

Condado Benton

4500 SW Research Way, 2nd Flr
Corvallis OR 97333-1093
541 766 6756

Condado Clackamas

1710 Red Soils Ct, Ste 100
Oregon City OR 97045-4300
503 655 8510

Condado Clatsop

820 Exchange St, Ste 220
Astoria OR 97103-4609
503 325 8511

Condado Columbia

230 Strand St
St. Helens OR 97051-2040
503 397 7214 or 503 397 3796

Condado Coos

250 N Baxter St
Coquille OR 97423-1875
541 396 7610

Condado Crook

300 NE 3rd St, Rm 23
Prineville OR 97754-1919
541 447 6553

Condado Curry

94235 Moore St, Ste 212
Gold Beach OR 97444-9705
541 247 3297 or 877 739 4218

Condado Deschutes

1300 NW Wall St, Ste 202
Bend OR 97703-1960
541 388 6547

Condado Douglas

PO Box 10
Roseburg OR 97470-0004
541 440 4252

Condado Gilliam

PO Box 427
Condon OR 97823-0427
541 384 2311

Condado Grant

201 S Humbolt, Ste 290
Canyon City OR 97820-6186
541 575 1675

Condado Harney

450 N Buena Vista Ave, Ste 14
Burns OR 97720-1565
541 573 6641

Condado Hood River

601 State St
Hood River OR 97031-1871
541 386 1442

Condado Jackson

1101 W Main St, Ste 201
Medford OR 97501-2369
541 774 6148

Condado Jefferson

66 SE "D" St, Ste C
Madras OR 97741-1739
541 475 4451

Condado Josephine

PO Box 69
Grants Pass OR 97528-0203
541 474 5243

Condado Klamath

305 Main St
Klamath Falls OR 97601-6332
541 883 5134

Condado Lake

513 Center St
Lakeview OR 97630-1539
541 947 6006

Condado Lane

275 W 10th Ave
Eugene OR 97401-3008
541 682 4234

Condado Lincoln

225 W Olive St, Ste 201
Newport OR 97365-3811
541 265 4131

Condado Linn

PO Box 100
Albany OR 97321-0031
541 967 3831

Condado Malheur

251 "B" St W, Ste 4
Vale OR 97918-1375
541 473 5151

Condado Marion

PO Box 14500
Salem OR 97309-5036
503 588 5041 or 800 655 5388

Condado Morrow

PO Box 338
Heppner OR 97836-0338
541 676 5604

Condado Multnomah

1040 SE Morrison St
Portland OR 97214-2417
503 988 8683

Condado Polk

850 Main St, Rm 201
Dallas OR 97338-3179
503 623 9217

Condado Sherman

PO Box 243
Moro OR 97039-0243
541 565 3606

Condado Tillamook

201 Laurel Ave Tillamook
OR 97141-2311
503 842 3402

Condado Umatilla

216 SE 4th St, Ste 18
Pendleton OR 97801-2699
541 278 6254

Condado Union

1001 4th St, Ste D
La Grande OR 97850-2100
541 963 1006

Condado Wallowa

101 S River St, Ste 100
Enterprise OR 97828-1363
541 426 4543

Condado Wasco

511 Washington St, Rm 201
The Dalles OR 97058-2237
541 506 2530

Condado Washington

2925 NE Aloclek Dr, Ste 170
Hillsboro OR 97124-7523
503 846 5800

Condado Wheeler

PO Box 327
Fossil OR 97830-0327
541 763 2374

Condado Yamhill

414 NE Evans St
McMinnville OR 97128-4607
503 434 7518



Telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas a través de tecnologías de audio y video para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares brinden atención de salud mental y reciban información médica con el fin de evaluar y brindar servicios de salud mental. Los proveedores pueden utilizar la telesalud para realizar evaluaciones, brindar terapia y la información compartida puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación.

Derechos de Telesalud:

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y los límites de la confidencialidad sobre la información de salud mental también se aplican a la telesalud. El derecho a la confidencialidad mientras recibe los servicios electrónicos tiene las siguientes excepciones: 1) en casos de sospecha de abuso o negligencia infantil o abuso o negligencia de ancianos; 2) en casos de sospecha de daño inminente para usted o para otros; 3) la presentación de información requerida por el sistema judicial, las compañías de seguros o las agencias relevantes; 4) supervisión clínica y/o consulta virtual o presencial.
- Puedo retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en cualquier momento. Entiendo que el retiro de los servicios de telesalud puede interrumpir o afectar mi capacidad para recibir tratamiento.
- Entiendo que mi proveedor tiene el derecho a retener o retirar su consentimiento para el uso de telesalud en cualquier momento. Los proveedores pueden retirar el consentimiento debido a la necesidad de un nivel más alto de atención o los servicios de telesalud pueden estar influyendo en los riesgos relacionados con la privacidad y la seguridad.
- Entiendo que las reglas y regulaciones de licencia o asociado de Trabajo Social y Consejería de Oregon que se aplican a las prácticas de salud mental también se aplican a los servicios de consejería de telesalud.
- Entiendo que debido a la naturaleza de la consejería de telesalud, los proveedores no pueden garantizar la confidencialidad de su entorno.
- Las sesiones de telesalud no se grabarán sin mi consentimiento por escrito.
- Entiendo que pueden ocurrir dificultades técnicas antes o durante las sesiones de telesalud y que mi cita puede no comenzar o terminar como estaba previsto.

Responsabilidades de telesalud:

- Entraré en un espacio confidencial antes del inicio de nuestra sesión o informaré a mi proveedor si alguna otra persona puede oír o ver alguna parte de nuestra sesión.
- Soy responsable de la configuración de cualquier tecnología utilizada en mi teléfono, tableta o computadora que se utilice para telesalud.
- Soy responsable de estar físicamente en el estado en el que mi proveedor está registrado o tiene licencia en el momento del servicio.
- Soy responsable de asistir a la sesión sin estar bajo la influencia del alcohol o sustancias ni utilizar sustancias durante la sesión.
- Las sesiones de telesalud no se deben grabar sin el consentimiento por escrito de mi proveedor.
- Entiendo que mi seguro puede imponer restricciones sobre el tipo de tecnologías que se pueden utilizar y que mi seguro puede no cubrir los cargos adicionales de las prácticas de telesalud, por lo que puedo ser responsable de cualquier cargo que mi compañía de seguros no cubra.

- Acepto que debo estar presente para la terapia y no debo estar operando un vehículo ni realizando múltiples tareas durante la sesión.
- Entiendo que es posible que necesite cambiar los servicios presenciales a telesalud en cualquier momento de una crisis de salud o pandemia. Negarme a hacer la transición a los servicios de telesalud puede interrumpir o afectar mi capacidad para recibir tratamiento.
- Entiendo que si no me encuentro bien y tengo síntomas actuales de enfermedad, tendré que utilizar telesalud.
- Entiendo que si mi proveedor tiene síntomas y puede brindar servicios, me comunicara la necesidad de hacer la transición de presencial a telesalud o reprogramar la próxima cita presencial disponible.



El Centro de Consejería Católica del Noroeste
8383 NE Sandy Blvd, Suite 205
Portland, OR 97220
(503) 253-0964
www.nwcounseling.org

Política de prevención y riesgo de enfermedades transmisibles Paquete de orientación – Formulario 5

La Política de prevención y riesgo de enfermedades transmisibles se proporciona a todo el personal en su Manual del empleado, a los clientes en su Paquete de orientación antes de comenzar los servicios y también está disponible en el lobby de NCC para los visitantes.

Esta política describe un conjunto básico de prácticas de prevención y control de infecciones, también llamadas Precauciones estándar, que se requieren en todos los entornos de atención médica, independientemente del tipo de atención médica brindada. El cumplimiento de esta política es esencial para brindar atención al cliente, seguro y de alta calidad.

Esta política se aplica a todos los clientes, personal, voluntarios y visitantes, independientemente del diagnóstico o del presunto estado de infección. Todo el personal es responsable de comprender los principios de control de infecciones, evaluar situaciones e implementar las Precauciones estándar como se indica a continuación.

Las precauciones estándar incluyen:

1. Higiene de manos

- a. La higiene de manos se practica antes y después del contacto con personas y todas las sustancias corporales, se utilicen o no guantes.
- b. Si las manos entran en contacto con sangre o fluidos corporales, se lavan inmediatamente con agua y jabón o un desinfectante para manos a base de alcohol.

2. Limpieza y desinfección Ambiental

- a. Las superficies que se tocan con frecuencia, así como cualquier otra superficie cercana a los clientes y al personal, se limpiarán y desinfectarán diariamente.
- b. Cualquier contaminación conocida de espacios o elementos con materiales potencialmente infecciosos, como fluidos corporales, deberá desinfectarse inmediatamente con guantes.

3. Uso de equipos de protección personal

- a. Todos los clientes y el personal tendrán acceso a equipos de protección personal (EPP) en áreas comunes y previa solicitud, incluidos guantes y máscaras.
- b. Se recomienda el EPP proporcionado cuando se encuentre en un espacio cerrado muy cerca (6 pies o menos) de otra persona, independientemente del diagnóstico o del presunto estado de infección.
- c. Se requiere utilizar el PPE proporcionado cuando se anticipa contacto con fluidos corporales o patógenos transmitidos por el aire.

4. Higiene respiratoria y etiqueta al toser.

- a. Tome precauciones al toser o estornudar cubriéndose la boca, usando pañuelos desechables, usando una mascarilla (si es posible) y usando desinfectante para manos. Se le proporcionarán pañuelos desechables, mascarillas y desinfectante para manos en los espacios comunes de NCC.
- b. Se pedirá al personal, los clientes y los visitantes que muestren síntomas de una infección respiratoria que se retiren hasta que los síntomas hayan mejorado.
- c. En el caso de las citas con clientes, se anima a los clientes a hablar con su médico sobre cómo cambiar su sesión a telesalud o reprogramarla según sea necesario.
- d. Si los síntomas de infección son consistentes con COVID-19, se requerirá que el individuo se aisle durante al menos 5 días antes de regresar.
- e. Durante la RCP se utilizarán dispositivos de ventilación.

5. Seguridad contra objetos punzantes

- a. Si encuentra una aguja u otro artículo que se pueda suponer que ha tenido contacto con sangre, notifique al personal (o a su supervisor) inmediatamente. No toque el artículo.

Durante los períodos de niveles más altos de transmisión comunitaria de virus respiratorios, NCC exigirá que

todos los clientes, personal y visitantes utilicen mascarilla al ingresar para garantizar un mejor cumplimiento de la higiene respiratoria y la etiqueta de la tos para aquellos que puedan ser infecciosos. Se notificará a los clientes sobre este requisito para que las citas puedan cambiarse a telesalud, si es necesario. En caso de una emergencia de salud pública, NCC seguirá las recomendaciones del epidemiólogo estatal/CDC con respecto al uso de PPE, distanciamiento social y otras precauciones.



FORMULARIOS DEL CLIENTE

- Todos los clientes recibirán una copia de esta Política de Acuerdo de Tarifas en su Paquete de Orientación antes de comenzar los servicios.
- Todos los clientes recibirán una copia de nuestra Estimación de buena fe en su paquete de orientación antes de comenzar los servicios. Este documento incluye un cuadro de “Tarifa de asesoramiento estándar de NCC”, un cuadro de “Pautas federales de pobreza” y un cuadro de “Escala móvil de asistencia financiera de NCC” para obtener una lista detallada de los costos esperados de nuestros servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Todos los clientes deberán firmar el formulario de Acuerdo de tarifas generales en su paquete de admisión antes de comenzar los servicios.
- Las personas que no utilizan seguro deberán firmar un formulario adicional de Acuerdo de pago por cuenta propia antes de programar su primera cita, anualmente y/o en cualquier momento que cambien sus circunstancias financieras.
- Los clientes que experimenten dificultades financieras pueden solicitar asistencia financiera, que se anotará en su Acuerdo de pago por cuenta propia antes de firmarlo, anualmente y/o en cualquier momento que cambien sus circunstancias financieras.
 - La tarifa ajustada del cliente se determina utilizando la escala móvil de asistencia financiera de NCC y se basa en el tamaño de su hogar y los ingresos mensuales del hogar.
 - La escala móvil de asistencia financiera de la NCC se basa en el Cuadro de pautas federales de pobreza del año en curso.

HONORARIOS Y PAGO

- A las personas que no tienen seguro, o que no utilizan su seguro, se les cobrará nuestra tarifa estándar de asesoramiento de pago por cuenta propia, a menos que se haya anotado un ajuste de tarifa en el formulario de Acuerdo de tarifa de pago por cuenta propia.
- El pago a NCC vence en el momento del servicio.
- NCC acepta tarjetas de débito/crédito, efectivo, cheque, PayPal y pagos realizados a través del portal del cliente. Visite nuestro sitio web en www.nwcounseling.org para iniciar sesión en el portal del cliente o pagar en línea a través de PayPal.
- Hay un cargo de \$20.00 por cheques devueltos o pagos suspendidos en tarjetas de débito/crédito.
- Si su saldo vencido excede el costo de 4 sesiones, no podrá programar citas adicionales hasta que se comunique con nuestro departamento de facturación para configurar un plan de pago.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN TARDÍA

- Cuando se cancela una sesión sin previo aviso adecuado, no podemos ofrecer la hora de su cita a otro cliente. Además, no podemos facturar a su seguro por las sesiones que no se mantienen. Si la cancelación de su cita no se recibe con al menos 24 horas de anticipación se le cobrará \$50 (o un porcentaje de \$50 según su nivel de asistencia financiera).

SEGURO

- Haremos todo lo posible para facturar a su seguro utilizando la información que tenemos registrada. Es su responsabilidad notificarnos los cambios en su seguro lo antes posible.
- Su seguro puede pagar toda, una parte o nada de su factura por los servicios. Usted es responsable de su deducible, copago, co-seguro y de cualquier otro saldo restante que su seguro no cubra.
- Si NCC está fuera de la red de su seguro, o usted decide no utilizar su seguro, se le facturará nuestra tarifa estándar de asesoramiento de pago propio, a menos que se haya solicitado un ajuste de tarifa de escala móvil.
- Le recomendamos que se comunique directamente con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura o posibilidad de reembolso por tarifas de servicios fuera de la red.
- Al firmar el formulario de Acuerdo de tarifas generales, usted autoriza el pago de beneficios de seguro al Centro de Consejería Católica del Noroeste por todos los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios prestados a usted o sus dependientes.

ESTIMACIÓN DE BUENA FE

- Las personas que no utilizan seguro tienen derecho a solicitar y recibir un Estimado de Buena Fe por el costo esperado de los servicios.
- Consulte el documento "Estimación de Buena Fe" que se encuentra en su paquete de orientación para obtener una lista detallada de los costos esperados de nuestros servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.
- Este documento tiene una validez de 12 meses a partir de la fecha de la firma, salvo notificación en contrario.
- Se estima que nuestra frecuencia de sesiones comenzará una vez por semana, luego cada dos semanas y así sucesivamente hasta un total de 24 a 36 sesiones. Sin embargo, tenga en cuenta que su médico puede volver a evaluar sus necesidades específicas en cualquier momento durante el curso del tratamiento y ajustar la frecuencia de esta sesión. Cualquier actualización del monto de su tarifa se le informará antes de su próximo estado de cuenta.
- Un estimado de buena fe no puede incluir costos inesperados o circunstancias especiales que puedan surgir durante el tratamiento.
- Si tiene preguntas o más información sobre su derecho a un Estimado de buena fe o el proceso de disputa, visite www.cms.gov/nosurprises o llame al (800) 985-3059.

ASISTENCIA FINANCIERA

- El objetivo principal de NCC es brindarle asesoramiento asequible y de calidad. En caso de dificultades financieras, háganoslo saber y estaremos encantados de ajustar su tarifa.
- El ajuste de su tarifa se determinará cuando complete el Acuerdo de pago por cuenta propia antes de su primera cita, anualmente y/o en cualquier momento que cambien sus circunstancias financieras.



The Northwest Catholic Counseling Center
 8383 NE Sandy Blvd, Suite 205
 Portland, OR 97220
 (503) 253-0964
 www.nwcounseling.org

Cálculo de Buena Fe Good Faith Estimate

Tarifas Estándar de Consejería de NCC

Tipo de Cita	Código CPT	Costo por servicio
Evaluación Inicial	90791	\$250
Psicoterapia Individual (16-37 min)	90832	\$150
Psicoterapia Individual (38-52 min)	90834	\$200
Psicoterapia Individual (53+ min)	90837	\$250
Psicoterapia Familiar o de Pareja (con o sin la presencia del cliente)	90846 o 90847	\$200
Servicios de Crisis	90839	\$150
Tarifa por No Asistir o Cancelación Tardía	N/A	\$50

*Nota: La duración de la cita es de aproximadamente 50-60 minutos (Código CPT 90834 o 90837)

NCC Escala Variable de Asistencia Financiera

Nivel De Categoría	FPL	Descuento en Tarifa	Tarifa con Descuento Por Servicio						
			90791	90832	90834	90837	90846 or 90847	90839	No Asistir o Cancelación Tardía
6	0-50%	99%	\$3	\$1	\$2	\$3	\$2	\$1	\$1
5	51-100%	94%	\$15	\$9	\$12	\$15	\$12	\$9	\$3
4	101-150%	88%	\$30	\$18	\$24	\$30	\$24	\$18	\$6
3	151-200%	80%	\$50	\$30	\$40	\$50	\$40	\$30	\$10
2	201-250%	70%	\$75	\$45	\$60	\$75	\$60	\$45	\$15
1	251-300%	58%	\$105	\$63	\$84	\$105	\$84	\$63	\$21
N/A	301% +	N/A	\$250	\$150	\$200	\$250	\$200	\$150	\$50

*Nota: Basado en la Tabla de Criterios de FPL de 2025 a continuación

Criterios del Nivel Federal de Pobreza (FPL) 2025

Tamaño del Hogar	50%	100%	150%	200%	250%	300%
1	\$652.08	\$1,304.17	\$1,956.25	\$2,608.33	\$3,260.42	\$3,912.50
2	\$881.25	\$1,762.50	\$2,643.75	\$3,525.00	\$4,406.25	\$5,287.50
3	\$1,110.42	\$2,220.83	\$3,331.25	\$4,441.67	\$5,552.08	\$6,662.50
4	\$1,339.58	\$2,679.17	\$4,018.75	\$5,358.33	\$6,697.92	\$8,037.50
5	\$1,568.75	\$3,137.50	\$4,706.25	\$6,275.00	\$7,843.75	\$9,412.50
6	\$1,797.92	\$3,595.83	\$5,393.75	\$7,191.67	\$8,989.58	\$10,787.50
7	\$2,027.08	\$4,054.17	\$6,081.25	\$8,108.33	\$10,135.42	\$12,162.50
8	\$2,256.25	\$4,512.50	\$6,768.75	\$9,025.00	\$11,281.25	\$13,537.50
9	\$2,485.42	\$4,970.83	\$7,456.25	\$9,941.67	\$12,427.08	\$14,912.50
10	\$2,714.58	\$5,429.17	\$8,143.75	\$10,858.33	\$13,572.92	\$16,287.50

*Nota: Basado en el ingreso mensual bruto y emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS)