



# Catholic Counseling Services, Inc.

499 St. Matthews Street • El Paso, TX 79907  
Ph.(915) 872-8424 • Fax (915) 872-8425

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CLIENTES

### DERECHOS DEL CLIENTE

1. Usted y su familia tienen los derechos de recibir tratamiento apropiado por personas calificadas en este tipo de servicio. Usted tiene el derecho de saber las calificaciones y conocimientos de las personas encargadas de su caso. También tiene el derecho de ser informado de cambios en personal y ellos estarán al tanto de su plan de tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de privacidad en las sesiones terapéuticas y sus archivos son completamente privados y confidenciales. Todo archivo se mantiene bajo llave. Información sobre su tratamiento no será compartida fuera de esta agencia sin su permiso escrito. Hay excepciones a esta regla, según la discreción de esta agencia. Estas son las excepciones:
  - a) En caso de una emergencia médica.
  - b) Cuando se requiere una revisión de su expediente, por asuntos de uso interno, en examinación por parte de oficiales que gobiernan las credenciales de la agencia o que provea fondos a la agencia.
  - c) Si hay sospecha del maltrato o falta de cuidado de los niños.
  - d) Se respetará una orden de la corte firmada por un juez pidiendo sus archivos.
  - e) Cuando hay peligro inminente hacia usted u otros, el terapeuta debe compartir información para su propia protección o la de otros.
  - f) Hay otras excepciones permitidas por la ley federal y estatal.
3. Usted y su familia tienen los derechos de tener su propio plan de tratamiento y pueden ayudar con el planeamiento. El plan estará por escrito, y usted tiene que firmarlo. Usted tiene derecho de revisar su plan de tratamiento y de solicitar una copia de este plan.
4. Usted tiene derecho de rehusar servicio en cualquier momento, con la excepción de consejería llevado a cabo en respuesta de una orden de la corte.
5. Usted tiene derecho de revisar su expediente y de solicitar una copia de los documentos en su expediente. Tal solicitud debe ser por escrito. Se pueden hacer arreglos con su terapeuta para que usted revise su expediente. El terapeuta estará presente para aclararle cualquier duda que usted tenga, a menos que usted indique que desea ver el expediente en privado.
6. Usted tiene el derecho de poner una queja si usted piensa que sus derechos no son respetados. Al principio, debe discutir este problema con su terapeuta. Si no se puede alcanzar una solución satisfactoria, se puede apelar al supervisor del programa para resolver el problema.
7. Usted tiene derecho de saber el costo de los servicios que usted y su familia recibirán, que tanto del costo será la responsabilidad suya; que tanto será pagado por otros medios que cubran estos pagos, y que limitaciones hay sobre sus servicios. Antes de la primera cita, se le pedirá una verificación de sus ingresos anuales. La cuota se cobra considerando el presupuesto anual de la familia, y puede ser revisada si hay cambio en las circunstancias financieras de la familia. Arreglos sobre la cuota se hará personalmente.

## RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Usted es responsable para participar en su tratamiento de acuerdo al plan de tratamiento que usted firmó.
2. Usted es responsable de hacer los pagos por servicios proveídos.
3. Usted es responsable de tratar con respeto y cordialidad a los empleados de esta agencia en todo momento. No se permite la destrucción de propiedad a propósito o actos de violencia contra otras personas. Tales actos no son protegidos por la ley de confidencialidad. Se le llamará la policía para asistencia.
4. Usted es responsable en traer y permanecer con sus hijos menores de 14 años durante el tiempo que permanezcan en esta agencia.
5. Usted es responsable de la conducta de sus hijos durante el tiempo que estén en la Agencia, y se le hará responsable por cualquier daños o prejuicios causados por su negligencia.
6. Usted es responsable por las cuotas que su aseguranza no pague.

**Yo he leído y recibido la descripción de derechos y de los clientes, los cobros de servicio y mi responsabilidad durante tratamiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de esposo (a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha