

## POLÍTICAS DE SERVICIOS E INFORMACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS

**Confidencialidad:** Todas las sesiones y registros son estrictamente confidenciales con unas pocas excepciones. La legislación estatal requiere que informemos las amenazas de violencia a uno mismo o a otros, o el abuso o negligencia de menores (ya sea por evidencia o sospecha). Es también posible que se nos solicite que violemos la confidencialidad si su información es solicitada u ordenada para el tribunal por un juez. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre esta política, no dude en preguntar a un miembro del personal.

**Riesgos y limitaciones:** A medida que usted comienza el proceso de esperanza y sanación, tenga en cuenta de que existe una posibilidad de que haya presión emocional, estrés y cambios de vida como resultado de los servicios que se reciben. Dependiendo de sus problemas individuales, es posible que recuerde eventos desagradables y experimente emociones intensas o difíciles. Los síntomas se pueden intensificar o puede surgir nueva información. Safe Alliance no puede garantizar ningún resultado particular de los procesos, pero estamos comprometidos a ayudarlo(a) a encontrar esperanza y sanación.

**Tarifas:** No hay tarifas para los servicios para las víctimas a través de Safe Alliance, incluida la defensa y el acompañamiento en tribunales. Nuestro refugio para mujeres golpeadas también ofrece servicios a las víctimas sin costo. Si usted decide utilizar nuestros servicios de consejería puede haber una tarifa. Podemos brindarle más información si lo solicita.

**Política de privacidad:** La legislación federal y estatal da permiso a Safe Alliance para utilizar o divulgar su información de salud personal (Personal Health Information, PHI) a los efectos de realizar tratamiento, obtener un pago y/o llevar a cabo operaciones de la agencia. Hay una excepción: para el tratamiento relacionado con el abuso de sustancias y/o el VIH, debemos contar con su autorización antes de utilizar o divulgar su PHI. Para saber más sobre los derechos de cliente y la forma en que Safe Alliance puede utilizar o divulgar su PHI, lea nuestra Notificación sobre prácticas de privacidad completa. Usted puede solicitar una copia impresa de nuestras Prácticas de privacidad para sus registros a nuestro personal de recepción. Alternativamente, puede encontrar nuestras Prácticas de privacidad en línea en [www.safealliance.org](http://www.safealliance.org).

**Política de sin armas:** Si bien comprendemos que está preocupado(a) por su seguridad, Safe Alliance tiene una estricta política de sin armas. **NO traiga armas a nuestras oficinas.** Esto incluye cualquier revólver o arma de fuego, cuchillo, cortadora de caja, pistola paralizante o cualquier otro objeto que pueda ser utilizado como un arma. Debido a que debemos proporcionar seguridad para nuestros clientes y para nosotros mismos, a cualquier cliente que porte un arma se le solicitará que se retire de la propiedad. Continuaremos brindándole servicios si decide regresar sin un arma.



**Safe Alliance opera cuatro líneas de crisis: Mecklenburg – 704-375-9900 (*Crisis por violación*) y 704-332-2513 (*Violencia doméstica*); Cabarrus – 704-721-0110 (*Crisis por violación*) y Union – 704-283-7770 (*Crisis por violación*). Si usted tiene una crisis de salud mental, puede llamar a Cardinal Innovations en los condados de Union o Cabarrus (1-800-939-5911), MeckLINK Behavioral Healthcare en el condado de Mecklenburg (704-336-6404) o Partners Behavioral Health Management en el condado de Iredell (1-800-235-4673). También puede llamar a nuestro Protocol Answering Service al 1-800-345-0441.**

**RECONOCIMIENTO DE COMPRENSIÓN Y CONSENTIMIENTO A RECIBIR SERVICIOS**

- Comprendo lo que se espera de mí como cliente de Safe Alliance.
- He revisado la política de sin armas de Safe Alliance y no traeré armas de ningún tipo a la propiedad.
- Tengo la capacidad de consentir para recibir mis propios servicios y/o los servicios para los miembros de la familia de los que soy el padre/madre o tutor.
- Yo entiendo cómo presentar reclamaciones y quejas formales.
- Comprendo las razones por las que mi información puede ser compartida sin mi permiso.
- Estoy de acuerdo con ser contactado(a) con llamadas de seguimiento. Acepto ser contactado(a) con llamadas después de haber discontinuado los servicios para compartir información sobre mi condición y satisfacción con los servicios. Es mi responsabilidad informar a Safe Alliance, por escrito, si quiero cambiar la manera de ser contactado(a).

\* **Encierre en un círculo SÍ NO**

¿Tiene alguna necesidad especial con la que podamos asistirlo mientras recibe los servicios de nuestra agencia (por ejem., intérprete de lenguaje de señas, dispositivo de ayuda para oír, espacio de reunión/baño en el primer piso, etc.)?

Si usted es el **representante legal** de la persona que pretende recibir los servicios, marque la base de su autoridad y muestre la documentación correspondiente. Si no está seguro(a) sobre qué documentación se solicita, no dude en preguntar.

Poder (adjunte una copia)  
 Padre/Madre del menor

Orden de tutoría (adjunte una copia)  
 Otro: \_\_\_\_\_

**He revisado la Notificación sobre prácticas de privacidad de Safe Alliance y comprendo las razones por las que Safe Alliance puede utilizar o divulgar mi información de salud personal. He leído las políticas de Safe Alliance y se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas. Mi firma indica que he comprendido y estoy de acuerdo con cumplir con la información que he recibido.**

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de otro cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha