



DEPARTMENT DE SALUD MENTAL ORANGE COUNTY COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

"Serving people with Mental Illness, Chemical Dependency, and Developmental Disabilities"

Darcie M. Miller, LCSW-R
Commissioner

Thomas R. Bolzan, MS
Deputy Commissioner

Steven M. Neuhaus
County Executive

Child and Family
141 Broadway
Newburgh, NY 12550
Tel (845) 568-5260 • Fax (845) 568-5213

Port Jervis Clinic
146 Pike Street
Port Jervis, NY 12771
Tel (845) 858-1456 • Fax (845) 858-1459

www.orangecountygov.com

POLITICA DE ACUERDO DE SOCIEDAD

Bienvenidos a la Clinica de Salud Mental de Ninos y Familias de Newburgh

Este *Acuerdo en Sociedad* es un "programa" para nuestro trabajo juntos.

De nuestro personal, usted puede esperar el compromiso de trabajar con usted hacia sus metas identificadas, y socios que van a hacer todo el esfuerzo por parear nuestros servicios con sus necesidades. Nosotros creemos que el mismo nivel de compromiso es requerido de ambos, el personal de la clinica y el cliente, y es eso solamente en sociedad con usted que nosotros podemos ser utiles.

Por favor sea avisado de los siguientes requerimientos basicos:

- 1. ASISTENCIA CONSISTENTE** – hay una fase inicial, intermedia, y fase final en el proceso de terapia. Cada sesion tiene la intencion de ser determinada, y se construye en base a los momentos de previas sesiones. Asistencia inconsistente puede entorpecer el proceso en la terapia y puede impedir un resultado exitoso. Asistencia consistente es requerida.

Los siguientes factores resultaran en la terminacion de los servicios:

- Fallar a dos (2) citas consecutivas.
 - Un patron de cancelaciones frecuentes sin notificación por adelantado.
 - Si usted esta recibiendo medicamentos entonces usted debe mantener al minimo, contrato mensual con su terapeuta asignado.
 - Dejar el tratamiento sin comunicarse con la clinica por un periodo de treinta (30) dias.
- 2. PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO** –
 - El plan de Tratamiento define nuestro trabajo juntos (identificar el problema, definiciones del problema, metas, objetivos, e intervenciones).
 - Dentro de los primeros treinta (30) dias de tratamiento, y a partir de cada noventa (90) dias, la persona que lo atiende DEBE de desarrollar o actualizar su plan de tratamiento.
 - Nuestra meta es de siempre re-construir la "receta" para tratamiento junto con usted. Nosotros tomamos este REQUERIMIENTO muy en serio, y no vamos a programar citas en adelante hasta que el plan tratamiento actual este en su lugar (actualizado, revisado, y firmado).
 - 3. NOTIFICACION DE CAMBIO DE DIRECCION/NUMERO TELEFONO/SEGURO** –
 - Es su responsabilidad mantener la Clinica informada de cualquier cambio de direccion, numero de telefono e información del seguro medico. No ser capaces de localizarlo o de notificarle de cualquier cierre pendiente debido a un cambio que no sea de nuestro conocimiento no sera racionalmente aceptado para exceptuarlo a usted de la poliza.
 - Usted va a ser responsable de pagar cualquier balance pendiente si su seguro cambia y usted no lo notifica a la clinica.
 - 4. NOTIFICACION DE PLAN PARA CRISIS DESPUES DE HORAS LABORABLES**
 - Si una crisis ocurre después de horas de oficina o en los fines de semana, el Grupo de Crisis de Mobile Mental Health esta disponible veinticuatro (24) horas al dia en el (888) 750-2266.

Esta Política de Acuerdo en Sociedad va a ser estrictamente impuesta.

Copia del Cliente



DEPARTMENT DE SALUD MENTAL
ORANGE COUNTY COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

"Serving people with Mental Illness, Chemical Dependency, and Developmental Disabilities"

Darcie M. Miller, LCSW-R
Commissioner

Thomas R. Bolzan, MS
Deputy Commissioner

Steven M. Neuhaus
County Executive

Child and Family
141 Broadway
Newburgh, NY 12550
Tel (845) 568-5260 • Fax (845) 568-5213

Port Jervis Clinic
146 Pike Street
Port Jervis, NY 12771
Tel (845) 858-1456 • Fax (845) 858-1459

www.orangecountygov.com

ACUERDO DE COLABORACION

He sido informado del Acuerdo de Colaboracion de la Clinica.

Nombre del cliente (Imprenta)

Firma del cliente: _____

Firma del representate legal: _____

Relacion con el paciente: _____

Fecha: _____