

## **DECLARACION DE ENTENDIMIENTO**

Este documento es para informar a usted de la cobertura y limitaciones del Programa de Ayuda al Empleado (EAP en inglés). Su decisión de consultar al EAP es voluntaria, ya sea que esté usted aquí por su cuenta o referido por alguien en su lugar de empleo. Por favor revise las siguientes condiciones acerca de sus contactos con el servicio Workplace Solutions EAP. Por favor siéntase libre de preguntar si tiene alguna duda.

Su contacto con el EAP es confidencial, excepto en las circunstancias siguientes:

1. Los consejeros están obligados por la ley a reportar a las autoridades casos en los que haya sospecha de abuso a niños o a personas ancianas.
2. Los consejeros están obligados por la ley a informar a las autoridades si usted amenaza con lastimarse a si mismo o con lastimar a otros.
3. Si usted autoriza un intercambio de información a una persona o agencia específica, solo la información que usted autorice será comunicada.
4. Los récords pueden ser encautados por una orden legal de la corte y ser entregados sin su consentimiento.
5. Los récords pueden ser objeto de revisión con el propósito de control de calidad o estudio. Toda información personal sería removida de todos los reportes.

Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a tener sesiones con un consejero del EAP sin costo para usted. Si es necesario que lo refieran a más consejería/terapia, el EAP le indicará cual es el recurso más apropiado para su situación. Este podría ser un profesional independiente, un recurso en la comunidad, o un proveedor dentro de su seguro médico. Usted será responsable por pagos a esos proveedores.

He leído esta declaración y entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma de Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Consejero: Ponga sus iniciales aquí si es por teléfono

\_\_\_\_\_

Fecha

---

Su opinión es muy importante para nuestros esfuerzos de mejor servir las necesidades de nuestros clientes. Esta opinión es recogida en la forma de un cuestionario anónimo enviado a los clientes que aceptan participar, y provee una oportunidad para que usted califique la calidad de los servicios que ha recibido.

\_\_\_\_\_ Acepto participar en la encuesta de seguimiento del EAP. Deseo que el cuestionario sea  
(iniciales) enviado a este nombre y dirección: (por favor use letra de molde)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No deseo participar en la encuesta de seguimiento del EAP.  
(iniciales)

---

**Declaro que he recibido el Aviso de Prácticas Para la Privacidad de Worplace Solutions.**

\_\_\_\_\_

Iniciales del Cliente

\_\_\_\_\_

Iniciales de Testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

Indique como lo recibió: \_\_\_ en persona \_\_\_ correo electrónico \_\_\_ correo \_\_\_ fax \_\_\_ página de intranet

---

**Solo para uso de la oficina**

Contract #: \_\_\_\_\_ Company: \_\_\_\_\_ Date Sent: \_\_\_\_\_