

Statement of Client Responsibilities

This document describes your responsibilities as a NWHS client. **Please review it carefully.**

**Your
Respon
sibilities**

The effectiveness of care and client satisfaction with the treatment depends, in part, on the client fulfilling certain responsibilities.

**Provide
Information**

- Please provide to the best your knowledge, accurate and complete information about present complaints, past illnesses, hospitalization, medications, and other matters relating to health.
- Assist in obtaining information from other providers through a release of information.
- Report any perceived risks in your care and any unexpected changes in your condition.
- Provide feedback about your service needs and expectations.
- Let us know of changes in address, phone number, or other requested information.

**Participate in
Treatment**

- Participate in the development of mutually agreed-upon treatment plans.
- Please follow the care, treatment, and service plan developed.
- Ask questions when you are unable to understand your care, treatment and services, or what you are expected to do.
- Share your concerns about the proposed care plan or course of care, treatment and services.
- Be informed of the consequences of care, treatment, and service alternatives if changes are not recommended.

**Follow Rules
and
Regulations**

- We ask clients to be informed of our guidelines and to follow them.
- Arrive on time for your appointments.
- Please comply with any signed client contracts.
- Use urgent and emergency services appropriately.
- Be considerate of staff, other clients, and agency property.
- Provide at least 24-hours notice when canceling appointments.
- No weapons or aggressive behavior are allowed in our premises.

**Meet Financial
Obligations**

- Follow all insurance company guidelines on how to access services.
- Take financial responsibility for payment for all charges not covered by insurance.
- If you have insurance, please bring your insurance card at each visit.
- Provide information about all insurance that is available for treatment.
- If you are uninsured, bring in documentation of eligibility for a discount in a timely manner.
- Bring in eligibility information for the Oregon Health Plan in a timely manner, if it is requested by the clinic's Enrollment and Eligibility Specialist.
- Contact the Billing Department immediately to make payment arrangements if you have an outstanding bill.

Original 10/20/04	Revised 1/5/07	Reviewed 1/5/08	Reviewed 1/18/09	Revised 8/28/09	Reviewed 12/26/10	Revised 03/06/13	Revised 11/19/13
----------------------	-------------------	--------------------	---------------------	--------------------	----------------------	---------------------	---------------------

Declaración de las Responsabilidades del Cliente

Este documento describe sus responsabilidades como cliente de NWHS.

Por favor revísela cuidadosamente.

Sus
Responsa
bilities

La efectividad del cuidado y la satisfacción con el tratamiento depende, en parte, del cumplimiento de ciertas responsabilidades por parte del cliente.

Proporcione Información

- Por favor proporcione, a lo mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre quejas presentes, historia de enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Ayude a obtener información de otros proveedores, a través de una autorización para revelar información.
- Infórmenos de cualquier percepción de riesgos en su cuidado y cambios inesperados en su condición.
- Proporcione sugerencias sobre las expectativas y necesidades su servicio.
- Avísenos de cambios en su dirección, número de teléfono, o alguna otra información que se le solicite.

Participe en su Tratamiento

- Participe en el desarrollo de planes de tratamiento que sean acordados mutuamente.
- Por favor siga el plan de cuidado, tratamiento, y servicio desarrollado.
- Haga preguntas cuando no entienda su cuidado, tratamiento, y servicios, o lo que se le espera de estos mismos.
- Comparta sus preocupaciones sobre el plan de cuidado que se le ha propuesto, o el curso de tratamiento y servicios recibidos.
- Sea informado sobre las consecuencias del cuidado, tratamiento, y servicios alternativos si no se le recomienda cambios.

Siga las Reglas y Regulaciones

- Infórmese de nuestras normas y cumpla con éstas.
- Llegue a tiempo a sus citas.
- Por favor cumpla con los contratos que nos ha firmado.
- Use servicios de urgencias y emergencias apropiadamente.
- Sea considerado con nuestro personal, otros clientes, y propiedad de la agencia.
- Cuando cancele citas, notifíquenos con al menos 24-horas de anticipación.
- No se permiten armas, ni comportamiento agresivo en nuestras instalaciones.

Cumpla con Obligaciones Financieras

- Siga todos los reglamentos de su seguro de salud acerca de cómo acceder los servicios.
- Asume su compromiso financiero sobre el pago de todos los cargos que no estén cubiertos por su seguro de salud.
- Si usted está cubierto(a) con un seguro de salud, por favor traiga la tarjeta de seguro en cada visita.
- Proporcione información sobre todos los seguros de salud disponibles para cubrir su tratamiento.
- Si usted no está cubierto con un seguro de salud, traiga a tiempo la documentación para determinar su elegibilidad para un descuento.
- Traiga a tiempo la información para el Plan de Salud de Oregón, si el/la Especialista en Inscripciones y Elegibilidad de la clínica se lo solicita.
- Contacte inmediatamente el Departamento de Facturación para hacer un plan de pago si usted tiene una factura que no ha sido pagada.

Original 10/20/04	Revised 1/5/07	Reviewed 1/5/08	Reviewed 1/18/09	Revised 8/28/09	Reviewed 12/26/10	Revised 03/06/13	Revised 11/19/13
----------------------	-------------------	--------------------	---------------------	--------------------	----------------------	---------------------	---------------------