

Manual de Materiales Informativos

Guía para el consentimiento de servicios, y sobre los derechos y las responsabilidades en virtud del Plan de Salud Conductual del condado de Alameda

ACBH Quality Assurance Office
QAOffice@acgov.org
Revisado en mayo de 2021

**Inglés**

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

ATENCIÓN: Hay servicios y ayudas auxiliares disponibles gratuitamente bajo solicitud, que incluyen pero no se limitan a documentos con letra grande y formatos alternativos. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla otro idioma, podrá acceder a servicios de asistencia lingüística sin cargo.

Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

ATENCIÓN: Los servicios y recursos auxiliares, incluidos, entre otros, los documentos con letra grande y formatos alternativos, están disponibles sin cargo y a pedido. Comuníquese directamente con su proveedor establecido o, si desea preguntar por los servicios, llame a ACBH ACCESS al 1-800-491-9099 (TTY: 711).

**Tiếng Việt (Vietnamese)**

LƯU Ý:  Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác, chúng tôi có các dịch vụ miễn phí để hỗ trợ về ngôn ngữ.
Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

LƯU Ý: Các trợ giúp và dịch vụ phụ trợ, bao gồm nhưng không giới hạn vào các tài liệu in lớn và các dạng thức khác nhau, được cung cấp cho quý vị miễn phí theo yêu cầu. Xin quý vị vui lòng liên lạc trực tiếp với nơi cung cấp dịch vụ của quý vị hoặc để tìm hiểu về các dịch vụ hãy gọi cho ACBH ACCESS ở số 1-800-491-9099 (TTY: 711).

**Tagalog (Tagalog/Filipino)**

PAALALA: Kung gumagamit ka ng ibang wika, maaari kang makakuha ng libreng mga serbisyo sa tulong ng wika.

Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: *711*) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

PAALALA: Ang mga auxiliary aid at mga serbisyo, kabilang ngunit hindi limitado sa mga dokumento sa malaking print at mga alternatibong format, ay available sa iyo nang libre kapag hiniling. Mangyaring direktang makipag-ugnayan sa iyong itinalagang provider o tumawag sa ACBH ACCESS sa 1-800-491-9099 (TTY: *711*) upang itanong ang tungkol sa mga serbisyo.

**한국어 (Korean)**

안내: 다른 언어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: *711*)번으로 ACBH ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

안내: 큰 활자 문서, 대체 형식 등 다양한 보조 도구 및 서비스를 요청 시 무료로 이용하실 수 있습니다. 필요하신 경우 이용하고 계신 제공자에게 직접 연락하시거나 1-800-491-9099(TTY: 711)번으로 ACBH ACCESS에 전화해 서비스에 대해 문의해 주시기 바랍니다.

**繁體中文(Chinese)**

注意：如果您使用其他語言，則可以免費使用語言协助服務。

請直接與您的服務提供者聯繫，或致電ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

注意：可應要求免費提供輔助工具和服務，包括但不限於大字體文檔和其他格式。 請直接與您的服務提供者聯繫，或致電ACBH ACCESS，電話號碼：1-800-491-9099（TTY：711）。

**Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե տիրապետում եք մեկ այլ լեզվի, ապա կարող եք օգտվել լեզվական աջակցման անվճար ծառայություններից:

Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ *711*):

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Հայտ ներկայացնելու դեպքում կարող եք անվճար օգտվել օժանդակ միջոցներից և ծառայություններից, այդ թվում՝ մեծածավալ տպագիր և այլընտրանքային ձևաչափի փաստաթղթերից: Խնդրում ենք ուղղակիորեն կապվել ձեր պաշտոնական մատակարարի հետ կամ ծառայությունների վերաբերյալ տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարել ACBH ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռատիպ՝ 711): (Հեռատիպ՝ *711*):

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на другом языке, вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика.

Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: *711*).

ВНИМАНИЕ: Вспомогательные средства и услуги, включая, помимо прочего, документы с крупным шрифтом и альтернативные форматы, доступны вам бесплатно по запросу. Свяжитесь напрямую со своим поставщиком или узнайте подробнее об услугах, позвонив в ACBH ACCESS по телефону 1-800-491-9099 (телетайп: 711). (Телетайп: *711*).

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر شما به زبان دیگری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی بصورت رایگان در اختیار شما قرار دارند.

لطفاٌ با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

توجه: کمک ها و خدمات کمکی، از جمله اما نه محدود به اسناد چاپ شده با حروف بزرگ و قالب های جایگزین، درصورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاٌ با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBH ACCESS به شماره 1-800-491-9099 (TTY:711) تماس بگیرید.

**日本語 (Japanese)**

注意事項：他の言語を話される場合、無料で言語支援がご利用になれます。

ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBH ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: *711*)までご連絡ください。

注意事項：ご要望があれば、大きな印刷の文書と代替フォーマットを含むがこれらのみに限定されない補助的援助と支援が無料でご利用になれます。ご利用のプロバイダーに直接コンタクトされるか、支援に関してお尋ねになるにはACBH ACCESS、電話番号1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: *711*) までご連絡ください。

**Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lwm hom lus, muaj cov kev pab cuam txhais lus uas pab dawb xwb rau koj tau siv.

Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: *711*).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam thiab khoom pab cuam txhawb ntxiv, xam nrog rau tab sis kuj tsis txwv rau cov ntaub ntawv luam loj thiab lwm cov qauv ntawv ntxiv, muaj rau koj uas yog pab dawb xwb raws qhov thov. Thov txuas lus ncaj nraim nrog koj tus kws pab kho mob uas tau teeb los sis thov tau qhov kev pab cuam uas yog hu rau ACBH ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711). (TTY: *711*).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ, ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

 ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਪਰ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੇਟ ਵਿਚ ਸੀਮਿਤ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਮੰਗਣ ਤੇ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਸਥਾਪਿਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਸਿੱਧਾ ਸੰਪਰਕ ਕਰੋ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਪੁੱਛਗਿੱਛ ਲਈ ACBH ACCESS ਨੂੰ 1-800-491-9099 (TTY: 711) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**العربية (Arabic)**

انتباه: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا.

يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أواتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: *711*).

انتباه: تتوفر لك الوسائل والخدمات المساعدة، بما فيها دون حصر الوثائق المطبوعة بخط كبير والتنسيقات البديلة، مجانًا عند طلبها. يرجى الاتصال بمزودك المعتاد مباشرة أو اتصل على ACBH ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: *711*). (الهاتف النصي: *711).*



****

**(Cambodian)** ចំណំ៖ ប្រសិនបរើអ្នកនិយាយភាសាបសេងប ៀត បសវាជំនួយភាសាបោយឥតគិតថ្លៃ គឺ អាចស្សែងរកបានសប្ារ់អ្នក។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា ល់បៅកាន់អ្នកសតល់បសវាស្ែលានការ ួលសាា ល់ររស់អ្នក ឬបែើមបី ប្ែើការសាកសួរអ្ំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711)។ ចំណំ៖ សាា រៈនិងបសវាកមមជំនួយ ានជាអា ិ៍ឯកសារជាអ្កេរពុមព្ំនិងឯកសារជា ប្មង់ បសេងប ៀត អាចស្សែងរកបានសប្ារ់អ្នកបោយឥតគិតថ្លៃបៅតាមការបសនើសុំ។ សូមទាក់ ងបោយផ្ទា ល់បៅកាន់អ្នកសតល់បសវាស្ែលានការ ួលសាា ល់ររស់អ្នក ឬ បែើមបីសាកសួរអ្ំពីបសវាកមមនានា សូម ូរសពាបៅ ACBH ACCESS តាមរយៈបលខ 1-800-491- 9099 (TTY: 711). )****

**Índice**

[Bienvenido a Alameda County Behavioral Health Care Services 1](#_Toc72150136)

[Consentimiento de los servicios 2](#_Toc72150137)

[Libertad de elección 4](#_Toc72150138)

[Aviso de no discriminación 4](#_Toc72150139)

[Confidencialidad y privacidad 5](#_Toc72150140)

[Mantener un lugar acogedor y seguro 6](#_Toc72150141)

[Guías para el beneficiario y directorio de proveedores 7](#_Toc72150142)

[Información para la resolución de problemas del beneficiario 8](#_Toc72150143)

[Procesos adicionales disponibles a través de la Junta de Ciencias del Comportamiento: 10](#_Toc72150144)

[Aviso de Prácticas de Privacidad 12](#_Toc72150145)

[Aviso de información del Título 42, PARTE 2, del CFR: Información sobre la divulgación del uso de drogas y alcohol del paciente 24](#_Toc72150146)

[Acuse de recibo 26](#_Toc72150147)

[ Instrucciones del proveedor: 28](#_Toc72150148)

# Bienvenido a Alameda County Behavioral Health Care Services

¡Bienvenido! Como miembro (beneficiario) del Plan de Salud Conductual (Behavioral Health Plan, BHP) del condado de Alameda que solicita servicios de la salud conductual por parte de este proveedor, le pedimos que lea este paquete de materiales informativos, donde se explican sus derechos y responsabilidades. El BHP del condado de Alameda consta de los servicios de salud mental ofrecidos por el Plan de Salud Mental del condado y de los servicios para el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) ofrecidos por el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos para SUD (SUD Organized Delivery System) del condado. Usted puede recibir uno o ambos tipos de servicios.

**NOMBRE DEL PROVEEDOR:**

La persona que le presenta los servicios repasará estos materiales con usted. Recibirá este paquete para que se lo lleve a casa y lo lea cuando desee, y **deberá firmar la última página para confirmar lo que se conversó y que recibió los materiales.** El proveedor se quedará con la página firmada original. Los proveedores de servicios también deben notificarle la disponibilidad de cierta información en este paquete todos los años; en la última página del paquete, hay una sección donde puede indicar cuándo recibir las notificaciones.

**Este paquete contiene mucha información, así que tómese su tiempo y no dude en plantear sus preguntas. Conocer y entender sus derechos y responsabilidades le permite obtener la atención que se merece.**

# Consentimiento de los servicios

Como miembro de este Plan de Salud Conductual (BHP), su firma en la última página de este paquete otorga su consentimiento para que este proveedor le brinde servicios voluntarios de salud conductual. Si usted es el representante legal de un beneficiario de este BHP, su firma otorga tal consentimiento.

Su consentimiento para los servicios también significa que este proveedor tiene la obligación de informarle acerca de sus recomendaciones de cuidado, para que su decisión de participar sea informada y justificada. Además de tener derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento, también tiene derecho a negarse a poner en práctica las recomendaciones, las intervenciones para la salud conductual o los procedimientos del tratamiento.

Este proveedor puede pedirle que firme otro consentimiento, en el que se describen en mayor detalle los tipos de servicios que usted puede recibir. Estos incluyen, a modo enunciativo, evaluaciones, exámenes, asesoramiento individual y grupal, servicios de intervención en crisis, psicoterapia, gestión del caso, servicios de rehabilitación, servicios de medicamentos, tratamiento asistido con fármacos, remisiones a otros profesionales de la salud conductual e interconsultas con otros profesionales en su nombre.

Entre los proveedores de servicios profesionales, pueden mencionarse médicos, enfermeros con licencia, auxiliares médicos, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos certificados (LCSW), asesores clínicos profesionales, psicólogos, colaboradores registrados y otros especialistas certificados. Si su proveedor de servicios es un profesional sin licencia (p. ej., pasante estudiantil o colaborador registrado), este debe informárselo por escrito. Todo el personal profesional sin licencia está bajo la supervisión de profesionales con licencia.

Los servicios SUD de tratamiento ambulatorio pueden incluir las siguientes modalidades: evaluación, elaboración del plan, asesoramiento individual y grupal, gestión del caso, prueba de detección de drogas, terapia familiar y planificación del alta. Tiene derecho a rechazar cualquiera de las siguientes modalidades: asesoramiento individual o grupal, gestión del caso, prueba de detección de drogas, terapia familiar y planificación del alta. Además, es posible que existan algunos requisitos adicionales para la prueba de detección de drogas (tribunales de drogas, la Sociedad para el Estudio de la Adicción [Society for the Study of Addiction, SSA], libertad condicional, etc.) fuera los requisitos de Salud Conductual del Condado de Alameda (Alameda County Behavioral Health, ACBH).

Residencias para recuperación:

* Se requiere que los residentes hagan una prueba como condición para vivir en las residencias para recuperación.

Programas de tratamiento con opioides (OTP)\*

* Los programas de tratamiento con opioides (Opioid Treatment Programs, OTP) son necesarios para hacer las pruebas de detección de drogas conforme a los requisitos del programa.

Los motivos para una expulsión involuntaria del programa incluyen, entre otros, la creación de un entorno perturbador o inseguro para otros participantes. Este comportamiento a veces se produce porque el paciente se encuentra bajo la influencia de sustancias. En ese caso, su asesor hablará con usted y, posiblemente, le recomiende someterse de inmediato a una prueba de detección de drogas. Si bien usted puede negarse a hacerla, es importante que sepa que esto es parte del análisis sobre el comportamiento que el asesor considera disruptivo o inseguro para los demás. Ya sea que acepte o se rehúse a someterse a una prueba de detección de drogas en este caso, podría de todos modos quedar fuera del programa (se considerará el plazo) si no se puede tratar o cambiar su comportamiento para generar un entorno armónico y seguro para el resto de los participantes. Asimismo, si continúa rechazando los servicios del programa que se le ofrecen, el personal que le brinda el tratamiento puede recomendarle un lugar más adecuado para usted.

Si ha recibido una expulsión involuntaria de un programa y no está de acuerdo con la decisión, puede presentar un recurso ante la Oficina de Asistencia al Consumidor de los Servicios de Salud Conductuales del Condado de Alameda:

Por teléfono: 1-800-779-0787

Para obtener asistencia de audición o del habla, llame al Servicio de Retransmisión de California (711).

Por correo postal de EE. UU.: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Personalmente: Visitando la Ayuda al Consumidor en la Asociación de Salud Mental

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

La respuesta ética ante un resultado positivo de la prueba de drogas es discutir los resultados con el cliente y considerar un cambio basado en la evidencia de su plan de tratamiento. Los profesionales y las organizaciones de proveedores de tratamientos contra las adicciones tomarán las decisiones indicadas para garantizar que los resultados de la prueba de detección de drogas sean confidenciales en la medida que lo permita la ley.

# Libertad de elección

Como proveedores del Plan de Salud Conductual, es nuestra responsabilidad informarles a todos los que reciben nuestros servicios (incluidos los menores de edad y sus representantes legales) lo siguiente:

1. La aceptación y participación en el sistema de salud conductual son voluntarias; no es obligatorio para acceder a otros servicios de la comunidad.
2. Tiene derecho a acceder a otros servicios de salud conductual financiados por Medi-Cal, como también a solicitar\* el cambio de un proveedor o del personal.
3. El Plan de Salud Conductual contrata a una amplia variedad de proveedores en nuestra comunidad, los cuales pueden incluir organizaciones religiosas. Existen leyes que rigen este tipo de organizaciones que reciben financiamiento federal, las cuales exigen que deben brindar servicio a todos los miembros elegibles (sin importar sus creencias religiosas) y que los fondos federales no deben usarse para respaldar actividades religiosas (tales como culto, enseñanza de religión o intentos de cambiar de religión a un miembro). Si usted es remitido a una organización de este tipo y se niega a recibir sus servicios por su carácter religioso, tiene derecho a consultar a otro proveedor, a pedido\*.

\*El BHP trabaja con los miembros y sus familias para conceder las solicitudes razonables, pero no se puede garantizar que todas las peticiones de cambio de proveedor se resolverán a favor del paciente. No obstante, se concederán las solicitudes de cambio de proveedor en caso de que exista una objeción por su carácter religioso.

# Aviso de no discriminación

La discriminación va en contra de la ley. Alameda County Behavioral Health observa las leyes federales de derechos civiles y no discrimina, excluye o trata diferente a personas debido a la raza, religión, etnia, color, origen nacional, edad, discapacidad, preferencia sexual, sexo, o capacidad de pago.

# Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad y privacidad de su información médica mientras participa en los servicios de tratamiento con nosotros es un importante derecho personal suyo. Este paquete contiene su copia del “Aviso de prácticas de privacidad”, donde se explica la forma en que los Servicios de Atención de Salud Conductual del condado de Alameda utilizan, divulgan y mantienen bajo confidencialidad sus registros de tratamiento y datos personales, y cómo usted puede acceder a esta información. Si recibe servicios de tratamiento para trastornos por abuso de sustancias (SUD), este paquete contiene la copia del “Aviso de información del Título 42, PARTE 2, del CFR: Información sobre la divulgación del uso de drogas y alcohol del paciente”. El proveedor debe proporcionarle información sobre sus derechos de confidencialidad y privacidad.

Si bien los proveedores generalmente no divulgan información que lo identifique directa o indirectamente como un beneficiario de los servicios para SUD, en determinadas situaciones que involucren su seguridad o la de los demás, la ley les exige analizar su caso con personas ajenas al sistema de Servicios de Atención de Salud Conductual.

Entre estas situaciones, se incluyen las siguientes:

1. Si usted amenaza con dañar a otra persona, se debe dar aviso a esa persona o a la policía.
2. Cuando sea necesario, si usted supone una amenaza seria contra su propia salud y seguridad.
3. Todas las instancias de presunto abuso de menores deben denunciarse ante las autoridades estatales o locales correspondientes.
4. Todas las instancias de presunto abuso de adultos mayores o dependientes deben denunciarse ante las autoridades estatales o locales correspondientes.
5. Si se nos indica divulgar sus registros por orden judicial, debemos hacerlo.
6. Si un paciente comete un delito en las instalaciones o contra el personal de un proveedor de tratamiento por abuso de sustancias, tales registros no serán resguardados.

Si tiene preguntas sobre estos límites de confidencialidad, comuníquese con la persona que le presentó estos materiales. Puede encontrar más información sobre lo anterior y otros límites de confidencialidad en las secciones “Aviso de prácticas de privacidad” y “Aviso de información del Título 42, PARTE 2, del CFR: Información sobre la divulgación del uso de drogas y alcohol del paciente” de este paquete.

# Mantener un lugar acogedor y seguro

Es muy importante para nosotros que todos los miembros se sientan aceptados exactamente como son cuando reciben atención. Nuestra tarea más significativa es ayudarlo a sentir que está en el lugar indicado, y que podremos conocerlo y ayudarlo a tener una vida feliz y productiva. No dude en hacernos saber si estamos haciendo algo que lo haga sentir incómodo, inseguro u ofendido.

También es de suma importancia que nuestros entornos de servicio sean lugares seguros y agradables.  Queremos que nos diga si sucede algo en nuestras instalaciones que lo hagan sentir inseguro a fin de que podamos ocuparnos.

Una manera de crear seguridad es tener reglas que inciten a todos (proveedores y miembros) a comportarse de forma prudente y respetuosa, por ejemplo, las siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| * Actuar de forma segura con usted mismo y con los demás
 | * No portar armas de ningún tipo
 |
| * Hablar con cortesía con otras personas.
 | * Respetar la privacidad de las personas**.**
 |
| * Respetar la propiedad de los demás y del centro donde se brinda este servicio
 | * No vender, usar ni distribuir alcohol, drogas, nicotina/tabaco y cigarrillos electrónicos
 |

Con el propósito de ofrecer un lugar agradable para todos, se les puede pedir a aquellos que se comporten deliberadamente de manera insegura que abandonen las instalaciones; los servicios pueden interrumpirse temporal o completamente para ellos y, si es necesario, se podrían iniciar las acciones legales pertinentes. Por lo tanto, si cree que podría tener problemas para atenerse a estas reglas, avísele al proveedor. Trabajaremos para ayudarlo a sentirse cómodo de un modo que sea seguro para usted y para quienes lo rodean.

**Agradecemos que todos los que trabajan con nosotros sigan estas reglas**.

# Guías para el beneficiario y directorio de proveedores

Recibirá el manual del beneficiario del Plan de Salud Conductual (BHP), la ***Guía para servicios de salud mental de Medi-Cal*** O la ***Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal*** cuando comiencen los servicios. Estos documentos contienen información sobre los requisitos que debe reunir el beneficiario para recibir los servicios, qué servicios están disponibles y cómo acceder a ellos, quiénes son los proveedores de servicios, información adicional sobre sus derechos, y el proceso de queja, apelación y audiencia imparcial del Estado. En las guías también se incluyen teléfonos importantes relacionados con el Plan de Salud Conductual.

El ***Directorio de proveedores*** es un listado de proveedores de servicios de salud conductual en el condado y contratados por el condado en nuestra comunidad, el cual se actualiza todos los meses. Para obtener remisiones a servicios de salud mental ambulatorios que no son de emergencia o más información sobre el *Directorio de proveedores*, comuníquese con el programa ACCESS al 1-800-491-9099 y un representante le informará si hay proveedores de salud mental que puedan recibir pacientes nuevos.

Para obtener remisiones a servicios de tratamiento por abuso de sustancias o más información sobre el *Directorio de proveedores*, comuníquese con la línea de ayuda para tratamiento y remisión por abuso de sustancias al 1-844-682-7215 y un representante le informará si los proveedores de tratamiento por abuso de sustancias pueden recibir pacientes nuevos. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al Servicio de Retransmisión de California (711) a fin de obtener asistencia para contactarse con la línea de atención al cliente.

Las guías del beneficiario están disponibles electrónicamente aquí: <http://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/> y están disponibles en los siguientes lenguajes: inglés, español, chino, farsi, coreano, tagalo y vietnamita.

El directorio de proveedores se actualiza cada mes y está disponible electrónicamente aquí: <http://www.acbhcs.org/provider_directory/> y está disponible en los siguientes lenguajes: inglés, español, chino, farsi, coreano, tagalo, árabe y vietnamita.

***En relación con las Guías y el Directorio de proveedores, puede obtener asistencia con el idioma si llama a la línea de ACCESS al 1 (800) 491-9099.***

# Información para la resolución de problemas del beneficiario

Decidir ante quién presentar su queja o apelación

**SERVICIO INSATISFACTORIO: una queja puede ser sobre cualquier cosa**

**Ejemplos:**

* Si no recibe el servicio que desea
* Si recibe un servicio de mala calidad
* Si es tratado injustamente
* Si las citas nunca se programan para momentos que sean convenientes para usted
* Si el centro no está limpio ni es seguro

**Ante quién presentar su queja**

**Ante los Servicios de Atención de Salud Conductual (BHCS) del condado de Alameda:**

Por teléfono: Ayuda al consumidor de BHCS al 1(800) 779-0787

*Para obtener asistencia de audición o del habla, llame al Servicio de Retransmisión de California (711).*

 Por correo postal de EE. UU.: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Personalmente: Visitando la Ayuda al Consumidor en la Asociación de Salud Mental

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

**Ante su proveedor:** Su proveedor puede solucionar su queja internamente o remitirlo a los ACBHCS mencionados anteriormente. Se puede obtener formularios y asistencia de su proveedor.

**DETERMINACIONES ADVERSAS SOBRE UN BENEFICIO: puede presentar una apelación**

Usted puede recibir un “Aviso de determinación adversa sobre un beneficio” (Notice of Adverse Benefit Determination, **NOABD**) donde se le informa sobre una medida tomada por el BHP con respecto a sus beneficios. **Ejemplos:**

* Si un servicio que usted solicitó es denegado o restringido
* Si se reduce, suspende o interrumpe un servicio previamente autorizado que esté recibiendo actualmente
* Si el BHP se niega a pagar un servicio que usted recibió
* Si los servicios no son provistos de manera oportuna
* Si la queja o apelación no se resuelve en los plazos requeridos
* Si se rechaza su solicitud de impugnar una responsabilidad financiera
* Si ha sido dado de alta involuntariamente de un programa.

**Ante quién presentar su apelación** (corresponde solo a los beneficiarios de Medi-Cal que reciben servicios de Medi-Cal)

**Ante los Servicios de Atención de Salud Conductual (BHCS) del condado de Alameda:**

Por teléfono: Ayuda al consumidor al 1(800) 779-0787

Para obtener asistencia de audición o del habla, llame al
Servicio de Retransmisión de California (711).

 Por correo postal de EE. UU.: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

Personalmente: Visitando la Ayuda al Consumidor en la Asociación de Salud Mental

954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Usted tiene derecho a una **audiencia imparcial del Estado**. Se trata de una revisión independiente a cargo del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services), si cumplió el proceso de apelaciones del BHP y el problema no se resolvió de manera satisfactoria. Se incluye una solicitud de una audiencia imparcial del Estado con el Aviso de resolución de la apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR). Debe enviar la solicitud en el plazo de los 120 días a partir de la fecha del sello postal o del día en que el BHP le entregó personalmente la NAR. Puede solicitar una audiencia imparcial del Estado independientemente de que haya recibido o no un NOABD. Para conservar los mismos servicios mientras espera la audiencia, debe solicitarla en un plazo de diez (10) días a partir de la fecha en que se le envió por correo la NAR o se le entregó personalmente, o antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio de servicio, la que sea posterior. El Estado debe tomar una decisión en un plazo de noventa (90) días calendario a partir de la fecha de solicitud de audiencias estándares y de tres (3) días para audiencias aceleradas. El BHP deberá autorizar y brindar los servicios impugnados sin demora hasta 72 horas después de la fecha en que se recibe el aviso de revocación de la determinación adversa sobre un beneficio (Adverse Benefit Determination, ABD) del BHP. Puede solicitar una audiencia estatal imparcial llamando al 1(800) 952-5253 o para TTY al 1 (800) 952-8349, en Internet en <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> o escribiendo a: California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

**DERECHOS DEL PACIENTE**

Los asuntos relativos a internamientos involuntarios del tipo 5150, 5250 y tutelas se gestionan a través de recursos legales, como los derechos del paciente, y no mediante procesos de quejas o apelaciones. Comuníquese con el Programa de Defensores de los Derechos de los Pacientes al 1 (800) 734-2504 o (510) 835-2505.

**Ejemplos:**

* Fue sometido a restricciones y considera que la instalación no tiene una justificación válida para hacerlo.
* Fue hospitalizado contra su voluntad y no comprende por qué o cuáles son sus opciones.

**A dónde registrar su problema relacionado con los derechos del paciente**

* Comuníquese con el Programa de Defensores de los Derechos de los Pacientes al **(800) 734-2504. Esta línea atiende las 24 horas y cuenta con un** sistema de respuesta automática en horas no laborables. Se aceptanllamadas a cobro revertido.

**Para obtener información más detallada sobre el proceso de resolución de problemas de los beneficiarios, pida a su proveedor una copia de la** [***Guía para Servicios de Salud Mental de Medi-Cal* O la *Guía para Servicios de Medicamentos de Medi-Cal***](http://www.acbhcs.org/beneficiary-handbook/)**que se describen en las páginas 2-3 de este paquete. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar los formularios, puede preguntarle a su proveedor o llamar a:Ayuda al Consumidor al 1(800) 779-0787.**

Procesos adicionales disponibles a través de la Junta de Ciencias del Comportamiento:

**AVISO PARA LOS CLIENTES**

A partir del 1 de julio de 2020, la Junta de Ciencias Conductuales recibirá y responderá los reclamos relativos a los servicios provistos dentro del alcance de las prácticas de terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos académicos con licencia, trabajadores sociales clínicos o asesores clínicos profesionales. Se puede comunicar con la Junta en Internet en <https://www.bbs.ca.gov/consumers/> , o llamando al (916) 574-7830.

Para más información, visite <https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf>

Las clínicas y los contratistas de Salud Conductual del condado de Alameda siguen recibiendo y respondiendo reclamos con respecto a la práctica de psicoterapia provista por un asesor sin licencia o no registrado. Para presentar un reclamo, diríjase a la Oficina de Ayuda al Consumidor (2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606) o llame al (800) 779-0787.

**Información sobre directivas anticipadas:**

“Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico”

**(Solo se aplica a mayores de 18 años)**

*Proveedores: “Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico" está* *disponible en varios idiomas en* [*http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa\_manual/10-7\_ADVANCE\_DIRECTIVE\_**B**OOKLET.pdf*](http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf)

Según lo establecen las leyes estatales y federales, si usted es mayor de 18 años, el Plan de Salud Conductual tiene la obligación de informarle acerca de su derecho a tomar decisiones sobre la atención médica y cómo puede planificarla ahora, en caso de que no pueda expresarse en el futuro. Hacer planificaciones ahora puede ayudarlo a asegurarse de que sus deseos y preferencias personales sean dados a conocer a las personas que necesiten saberlo. Ese proceso se conoce como “redactar directivas anticipadas”.

A su petición, recibirá información sobre las directivas anticipadas conocidas como “Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico”. Describe la importancia de redactar directivas anticipadas y qué tipos de factores puede considerar si decide hacerlo, como también las leyes estatales relevantes. Usted no está obligado a redactar directivas anticipadas, pero le recomendamos investigar al respecto y ocuparse de los temas relacionados con la creación de estas directivas. Los proveedores y el personal del BHCS del condado de Alameda están a su disposición para ayudarlo en este proceso, pero no pueden redactar directivas anticipadas en su lugar. Esperamos que la información provista le permita comprender cómo controlar en mayor medida su tratamiento médico. La atención que le brinda un proveedor del BHCS del condado de Alameda no se basará en el hecho de que existan o no directivas anticipadas. Si tiene algún reclamo con respecto a los requisitos de las directivas anticipadas, comuníquese con Asistencia al consumidor al 1-800-779-0787.

# Aviso de Prácticas de Privacidad

**EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA.**

**LÉALO CON ATENCIÓN**.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, comuníquese con su proveedor de atención médica o con el departamento de la Agencia de Servicios de Atención Médica del condado de Alameda que corresponda:

Administración y Servicios de Salud para Indigentes al (510) 618-3452

Servicios de Asistencia de Salud Conductual, Oficina de Asistencia al Consumidor al (800)779-0787

Oficina del director del Departamento de Salud Pública al (510) 267-8000

Departamento de Salud Ambiental al (510) 567-6700

**Propósito de este aviso**

En este aviso, se describen las prácticas de privacidad de la Agencia de Servicios de Asistencia Sanitaria del Condado de Alameda (Alameda County Health Care Services Agency, ACHCSA), sus departamentos y programas, y las personas involucradas en proporcionarle servicios de atención médica. Estas personas son profesionales de atención médica y demás individuos que cuentan con la autorización del condado de Alameda para acceder a su información médica, a fin de proporcionarle servicios o para acatar leyes estatales y federales.

Entre los profesionales de atención médica y demás individuos, se incluyen los siguientes:

profesionales de atención de la salud física (por ejemplo, médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de Medicina);

profesionales de atención de la salud conductual (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos certificados, terapeutas matrimoniales y familiares, técnicos psiquiatras, enfermeros registrados, médicos residentes);

otros individuos involucrados en la atención que recibe en este organismo o que trabajen en él, a fin de proporcionar atención para sus clientes, incluidos los empleados de la ACHCSA, el personal y demás empleados que lleven a cabo servicios o tareas que posibilitan la atención médica.

Estas personas pueden compartir su información médica entre ellas y con otros proveedores de atención médica en lo que respecta al tratamiento, los pagos o las operaciones de atención médica, y con otros individuos por otros motivos que se describen en este aviso.

**Nuestra responsabilidad**

Su información médica es confidencial y está protegida por determinadas leyes. Nuestra responsabilidad es protegerla de acuerdo con tales leyes y notificarle acerca de nuestras responsabilidades legales y prácticas de privacidad. También debemos cumplir los términos vigentes de este aviso.

Los propósitos del aviso son los siguientes:

Identificar los tipos de usos y divulgaciones de su información que pueden darse sin su consentimiento previo por escrito

Identificar las situaciones en las que usted tendrá la oportunidad de aceptar o denegar el uso o la divulgación de su información

Informarle que se producirán otras divulgaciones de su información solo si nos proporcionó una autorización por escrito

Informarle sus derechos respecto de su información médica personal

**Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica**

Los tipos de usos y divulgaciones de la información médica se pueden dividir en distintas categorías, las cuales se describen a continuación, junto con explicaciones y algunos ejemplos. No es posible enumerar todos los tipos de uso y divulgación, pero efectivamente todos los usos y las divulgaciones entrarán en una de las categorías.

**Tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información médica para proporcionarle un tratamiento médico u otros servicios de atención. El término “tratamiento médico” incluye tratamientos de atención de la salud física y también servicios de atención de la salud conductual (servicios de salud mental y servicios de tratamiento por alcohol o drogas) que puede recibir. Por ejemplo, un médico clínico con licencia puede remitirlo a una cita con un psiquiatra (que valore el consumo de un posible medicamento) y compartir su opinión acerca del tratamiento con dicho profesional. Por otro lado, un miembro del personal puede ordenar que se realicen pruebas de laboratorio u obtener una remisión para que un médico externo le realice una exploración física. Si obtiene atención médica de otro proveedor, también podemos compartir su información médica con el proveedor nuevo en relación con el tratamiento.

**Pagos.** Podemos utilizar o compartir su información médica para poder facturarle los pagos a usted, o facturarlos a una aseguradora o a un tercero, por el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, es posible que tengamos que brindar a su plan de salud información acerca del tratamiento o asesoramiento que recibió aquí para que nos paguen los servicios o se los reembolsen a usted. También podemos comentarle a ese plan acerca del tratamiento o los servicios que tenemos previsto brindarle a usted, a fin de obtener un consentimiento previo o para determinar si se cubrirá el tratamiento. Si obtiene atención médica de otro proveedor, también podemos compartir su información médica con el proveedor nuevo en relación con los pagos.

**Operaciones de atención médica.** Podemos utilizar y divulgar su información médica para nuestras propias operaciones. Podemos compartir ciertas partes de su información médica con los departamentos del condado de Alameda, pero solo en la medida que sea necesaria para realizar funciones importantes en respaldo de nuestras operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento administrativo de la Agencia de Servicios de Atención Médica y para garantizar que todos nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para los siguientes fines:

Revisar nuestros servicios y tratamientos, y evaluar el desempeño del personal a cargo de su atención

Ayudarnos a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer y qué servicios no son necesarios, y saber si determinados tratamientos nuevos son eficaces o no

Actividades de aprendizaje o revisión de médicos, enfermeros, médicos clínicos, técnicos, otro personal de atención médica, estudiantes, médicos residentes y otros empleados del organismo

Ayudarnos en la administración fiscal y el cumplimiento de las leyes

Si obtiene atención médica de otro proveedor, también podemos compartir su información médica con el proveedor nuevo para determinadas operaciones de atención médica. Además, podemos eliminar la información que revele su identidad en este conjunto de información médica, de modo que otros puedan usarlo para analizar la atención médica y su prestación sin conocer la identidad de pacientes específicos.

También podemos compartir su información médica con otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información de atención médica y planes de salud que participen con nosotros en “acuerdos organizados de atención médica” (Organized Health Care Arrangements, OHCA) en cualquier operación de atención médica de los OHCA. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades que proporcionen servicios de atención médica en conjunto. En ACCESS, puede obtener un listado de los OHCA en los que participamos.

Registro de ingreso. Podemos utilizar y divulgar su información médica haciéndole firmar asistencia al llegar a nuestras oficinas. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para atenderlo.

Notificación y comunicación a la familia. Podemos divulgar su información médica para notificarle o ayudar a notificarle los siguientes datos a un familiar, representante personal u otra persona responsable de su atención: el lugar donde usted se encuentra, su estado general o, a menos que nos indique lo contrario, su fallecimiento. Si se produjera una catástrofe, podremos compartir información con una organización para situaciones de desastre, a fin de coordinar estas tareas de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado en su atención o que ayude a pagarla. Si puede y está disponible para brindar su consentimiento u oponerse, le daremos la oportunidad de oponerse antes de llevar a cabo estas divulgaciones, aunque podremos divulgar esta información en caso de catástrofe, incluso por sobre su objeción, si lo creemos necesario para responder ante una circunstancia de emergencia. Si no puede o no está disponible para brindar su consentimiento u oponerse, nuestros profesionales de la salud aplicarán su mejor criterio para comunicarse con su familia y las demás personas de contacto.

**Divulgaciones para las que no debemos darle una oportunidad para brindar su consentimiento u oponerse.**

Además de las situaciones que se presentaron anteriormente, la ley nos permite divulgar su información médica sin tener que obtener su permiso previamente. A continuación, describimos estas situaciones.

**Según lo exigido por la ley.** Divulgaremos su información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, tal vez debamos divulgar información al Departamento de Salud y Servicios Humanos para garantizar que no se vulneraron sus derechos.

**Sospecha de abuso o abandono**. Divulgaremos su información médica a los organismos correspondientes si es relevante en caso de sospechas de abuso o abandono de niños, o abuso y abandono de adultos mayores o dependientes; si usted no es menor de edad; si es víctima de abuso, abandono o violencia intrafamiliar; si acepta la divulgación o la ley nos permite divulgar dichos datos; y se cree que la divulgación es necesaria a fin de evitar daños graves para usted o los demás.

**Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen lo siguiente:

Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades

Informar nacimientos y fallecimientos

Informar acerca de las reacciones a medicamentos o problemas con los productos

Notificar sobre la retirada del mercado de los productos que estemos utilizando

Informarle a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad

**Actividades para la supervisión de la salud.** Podemos divulgar información médica a un organismo de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades para la supervisión de la salud incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y certificaciones. Son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos**. Podemos divulgar su información médica personal durante procedimientos judiciales o administrativos en la medida en que esté expresamente autorizado por una orden judicial o administrativa. En algunas instancias, la ley nos obliga a hacerlo. También podemos divulgar su información en respuesta a una citación, a un pedido de presentación de pruebas o a otro procedimiento legítimo si se realizaron los esfuerzos razonables para informarle acerca de la solicitud y usted no se opuso, o si las objeciones se resolvieron mediante una orden judicial o administrativa

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica si un funcionario del orden público nos lo solicita, en las siguientes situaciones:

Responder a una orden judicial o una disposición similar

Identificar o localizar a un sospechoso, un testigo, una persona desaparecida, etc.

Proporcionar información a los cuerpos del orden público acerca de la víctima de un delito

Denunciar delitos o amenazas en relación con nuestras instalaciones o personal

**Médicos forenses y funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense. Por ejemplo, puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes que estén en nuestras instalaciones para que las funerarias puedan realizar su trabajo, según sea necesario.

**Donación de órganos o tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a las organizaciones que administran donaciones o trasplantes de órganos.

**Investigación y desarrollo.** Podemos utilizar o divulgar su información con fines de investigación, en circunstancias extraordinarias.

**Para evitar una amenaza grave contra la salud o la seguridad.** Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando sea necesario a fin de evitar una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y la seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, la información solo se compartirá con quien creamos que puede evitar que se produzca la amenaza o el daño.

**Para funciones gubernamentales especiales.** Podemos utilizar o divulgar su información médica para colaborar con las funciones del gobierno que se relacionan con usted. Su información médica se puede compartir con (i) las autoridades de comando militar si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, para colaborar con la misión militar; (ii) funcionarios federales autorizados, para llevar a cabo actividades de seguridad nacional; (iii) funcionarios federales autorizados, para proporcionar servicios de protección al presidente u otras personas, o para investigaciones, según lo permita la ley; (iv) una institución correccional, si usted está en prisión, para brindarle atención médica, cuidados y seguridad; (v) programas de indemnización para trabajadores, según lo permita la ley; (vi) agencias gubernamentales del orden público, para proteger a los funcionarios federales y estatales elegidos constitucionalmente y a sus familias; (vii) el Departamento de Justicia de California, para el desplazamiento y la identificación de determinados pacientes delincuentes, o en relación con personas que no pueden adquirir, portar ni controlar armas; (viii) el Senado o la Asamblea del Comité Regulador, para realizar investigaciones legislativas; (ix) la organización de protección y defensa estatal y la Oficina de Derechos de los Pacientes del condado, para realizar determinadas investigaciones, tal como lo exige la ley.

**Otras categorías especiales de información.** **Si corresponde.** Pueden aplicarse requisitos legales especiales para el uso o la divulgación de determinadas categorías de información; por ejemplo, pruebas relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o el tratamiento y los servicios para la adicción a las drogas y al alcohol. Además, pueden aplicarse reglas algo diferentes al uso y a la divulgación de información médica relacionada con cualquier cuidado médico general (salud no mental) que reciba.

**Notas de psicoterapia.** **Si corresponde.** El concepto “notas de psicoterapia” hace referencia a las notas que registra (por cualquier medio) un proveedor de atención médica, que es un profesional de salud mental, para documentar o analizar el contenido de la conversación durante una sesión de terapia privada o grupal, conjunta o familiar, y que se separan del resto de la historia clínica del individuo. En las notas de psicoterapia no se incluyen qué medicamentos se recetan ni el control correspondiente, los horarios de inicio y finalización de la sesión de terapia, las modalidades y las frecuencias del tratamiento que se suministró, los resultados de análisis clínicos ni los resúmenes de los siguientes elementos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y evolución hasta la fecha.

Podemos utilizar o divulgar sus notas de psicoterapia, tal como lo exige la ley, o bien en los siguientes casos:

para que las utilice la persona que redactó las notas;

en programas de capacitación supervisada de salud mental para estudiantes, pasantes o médicos;

para que este proveedor defienda una acción legal u otro procedimiento judicial que presente el individuo;

para evitar o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público;

para la supervisión de salud de la persona que redactó las notas de psicoterapia;

para usarlas o divulgarlas a un médico forense ante el fallecimiento de un paciente;

para usarlas o divulgarlas a fin de evitar o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público;

para usarlas o compartirlas con usted o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) durante una investigación o tal como lo exige la ley;

para usarlas o compartirlas con un médico forense luego del fallecimiento del paciente. Dejaremos de usar o divulgar las notas de psicoterapia en la medida en la que usted anule la autorización de uso o divulgación.

**Cambio de propiedad.** **Si corresponde.** Si este centro o programa se vende o se fusiona con otra organización, su información médica personal o historia clínica será propiedad del dueño nuevo, aunque usted conservará el derecho a solicitar que se transfieran copias de dicha información a otro centro o programa.

**Divulgación solo después de tener la oportunidad de brindar su consentimiento u oponerse.**

En algunas situaciones, no compartiremos su información médica a menos que hayamos conversado al respecto con usted (de ser posible) y que no se haya opuesto a dicha divulgación. Estas situaciones son las siguientes:

**Directorio de pacientes.** Tenemos un directorio en el que constan el nombre de los pacientes, su estado de salud, el lugar donde se realizan los tratamientos, etc., para ser divulgados a miembros del clero o a personas que pueden preguntar por usted. Le consultaremos si su información se puede compartir con estas personas.

**Personas involucradas en su atención o en el pago correspondiente.** Podemos compartir con un familiar, un amigo cercano u otra persona que usted haya mencionado y que esté involucrada en su atención médica (o en el pago de ella) la información médica que esté relacionada con el compromiso de la persona en cuestión. Por ejemplo, si le pide a un familiar o a un amigo que retire un medicamento en la farmacia, podemos decirle a esa persona cuál es el medicamento y cuándo podrá retirarlo. Además, si usted no se opone, podemos informarle a un familiar (o a la persona responsable de su cuidado) dónde se encuentra usted o cómo está de salud.

**Divulgaciones al comunicarnos con usted.** Podemos comunicarnos con usted para compartir su información médica. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle que tiene una cita para un tratamiento en nuestro centro, o para informarle acerca de posibles opciones de tratamiento o alternativas que pueden ser de su interés, o hacer recomendaciones al respecto. Podemos utilizar y divulgar su información médica para informarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la atención médica que pueden ser de su interés. Podemos contactarlo para informarle acerca de nuestras actividades para recaudar fondos.

**Otros usos de la información médica.** Los usos y las divulgaciones de la información médica que no se mencionen en este aviso ni en las leyes que debemos cumplir solo se llevarán a cabo con su permiso por escrito. Si nos otorga el permiso para utilizar o divulgar su información médica, puede anularlo, por escrito, en cualquier momento. Si lo hace, ya no seguiremos utilizándola ni divulgándola para los fines que se mencionan en la autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retractarnos de las divulgaciones que ya realizamos con su permiso y que estamos obligados a conservar los registros de la atención que recibió.

**Sus derechos acerca de su información médica**

Tiene los siguientes derechos acerca de la información médica que conservamos sobre usted:

**Notificación de incumplimiento**. En caso de que se vulnere la información médica personal protegida no segura, le notificaremos la situación tal como lo exige la ley. Si nos dio una dirección de correo electrónico actual, podemos usar ese medio para informarle al respecto. En algunas circunstancias, nuestros colaboradores pueden enviar el aviso. Es posible que le notifiquemos por otros métodos, según corresponda. [Nota: la notificación por correo electrónico se utilizará únicamente si estamos seguros de que no contiene información médica confidencial (Private Health Information, PHI) y no divulgará información que no corresponda. Por ejemplo, si nuestra dirección de correo electrónico es “digestivediseaseassociates.com”, un correo electrónico que se envíe con esa dirección podría, de ser interceptado, identificar al paciente y su estado de salud].

**Derecho a ver su información médica y a hacerle copias.** Tiene derecho a ver su información médica y a hacerle copias. Por lo general, esto incluye la historia clínica y los registros de facturación, pero puede excluir cierta información de salud mental. Se aplican algunas restricciones:

Debe enviar la solicitud por escrito. Podemos proporcionarle un formulario para hacerlo y las instrucciones para presentarlo.

Si solicita una fotocopia, podemos cobrarle una tarifa razonable por los gastos de copiado, envío por correo postal y demás suministros relacionados con su solicitud.

Recibirá un aviso referido a su solicitud en un plazo de 10 días hábiles.

En determinadas circunstancias, podemos rechazar su solicitud. En ese caso, puede solicitar que se revise el rechazo conforme a la ley.

Si rechazamos su solicitud para acceder a las notas de psicoterapia, tendrá derecho a que estas se envíen a otro profesional de salud mental.

**Derecho a realizar modificaciones.** Si piensa que su información médica no es correcta o que no está completa, puede pedir que la modifiquemos. No estamos obligados a realizar modificaciones si determinamos que la información existente es correcta y está completa. No estamos obligados a eliminar información de sus registros. Si existe un error, se corregirá agregando información aclaratoria o adicional. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras se conserve la información en el centro. Se aplican algunas restricciones:

Debe enviar la solicitud de modificación por escrito. Podemos proporcionarle un formulario para hacerlo y las instrucciones para presentarlo.

Debe indicar un motivo que respalde su solicitud.

Podemos rechazar su solicitud de modificación si no la presenta por escrito o si no incluye un motivo que la respalde. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que: – no haya sido generada por nosotros, a menos que la persona que lo hizo no esté disponible para realizar la modificación;

– no forme parte de la información médica que conservamos en nuestro centro; – no forme parte de la información que se permitiría ver o copiar. Aunque rechacemos su solicitud de modificación, tiene derecho a enviar un apéndice por escrito, con respecto a cualquier elemento o declaración del registro que considere incompleto o incorrecto. Si indica claramente por escrito que desea que el apéndice se incluya en su historia clínica, lo adjuntaremos y lo incluiremos cada vez que divulguemos el elemento o la declaración que considere incompleto o incorrecto.

**Derecho a solicitar que se establezcan medidas especiales de protección de la privacidad.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos en tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una restricción de la información médica personal que divulgamos a las personas involucradas en su cuidado o en el pago correspondiente, como familiares o amigos. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información acerca del diagnóstico o tratamiento a un amigo o familiar.

Si aceptamos su solicitud para restringir el uso de su información en tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, respetaremos su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia. Para pedir que se apliquen restricciones, debe enviarle una solicitud por escrito al proveedor. En la solicitud, debe indicar qué información quiere restringir, si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y a quiénes debemos aplicar estas restricciones.

Si nos solicita que no divulguemos información al plan de salud con respecto a productos o servicios de salud mental que usted pagó en su totalidad, en efectivo, respetaremos su solicitud, a menos que debamos divulgarla para un tratamiento o por motivos legales. Nos reservamos el derecho a aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le informaremos nuestra decisión.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a pedirnos que lo contactemos por asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar; por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos en su trabajo o por correo. Para pedir que las comunicaciones sean confidenciales, debe enviarle una solicitud por escrito al proveedor. No le preguntaremos los motivos. Admitiremos todas las solicitudes razonables. En su solicitud, debe especificar de qué modo podemos contactarlo o en qué lugar.

**Derecho a solicitar una copia impresa del aviso.** Tiene derecho a solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento. Aun si aceptó recibir este aviso por un medio electrónico, tiene derecho a pedir una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso de parte de su proveedor o de cualquiera de los programas que se mencionaron anteriormente.

**Derecho a obtener un informe de las divulgaciones.** Tiene derecho a obtener un “informe de las divulgaciones”. Se trata de una lista de las divulgaciones que realizamos de su información médica en los seis (6) años anteriores a la fecha de la solicitud. El informe no incluirá lo siguiente:

Divulgaciones necesarias para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica

Divulgaciones para usted

Divulgaciones que fueron simplemente secundarias con respecto a una divulgación permitida u obligatoria

Divulgaciones que se realizaron con su autorización por escrito

Otras divulgaciones que realizamos según lo permite o lo exige la ley

Para obtener esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar una solicitud por escrito. Podemos proporcionarle un formulario para hacerlo y las instrucciones para presentarlo. En la solicitud, debe establecer un período, que no puede ser superior a seis (6) años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. También debe indicar en qué formato desea recibir la lista (por ejemplo, en papel o por medio electrónico). La primera lista que pida en un período de 12 meses será gratuita. Si necesita otras listas, posiblemente debamos cobrarle los gastos. Le informaremos el importe correspondiente y podrá decidir si desea retirar o modificar la solicitud en ese momento antes de que se generen los gastos.

Además, debemos informarle, tal como lo exige la ley, si se accedió a su información médica o si se la divulgó de manera ilegal.

**Modificaciones de este Aviso**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho a que el aviso revisado o modificado entre en vigencia para la información médica personal que ya tenemos, como también para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web~~.~~ Recibirá una copia del aviso nuevo si el Aviso de prácticas de privacidad cambia o si usted se registra en un centro de servicios nuevo.

**Quejas**

Todos los programas del Health Care Services Agency (Agencia de Servicios de Atención Médica) se comprometen a proteger la privacidad de su información médica personal. Si cree que se vulneraron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el departamento en el que cree que se produjo el hecho. Investigaremos su reclamo oportunamente y, si es necesario, tomaremos medidas correctivas.

Todas las quejas deben presentarse por escrito. No recibirá sanciones por presentar una queja. Puede obtener una copia del formulario e instrucciones para presentar una queja si se comunica con alguno de los siguientes recursos:

|  |  |
| --- | --- |
| **BEHAVIORAL HEALTH CARE SERVICES**  | Consumer Assistance Office 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787 |
| **DEPARTMENT OF ENVIRONMENTAL HEALTH**  | Office of the Director 1131 Harbor ParkwayAlameda, CA 94502 (510) 567-6700 |
| **ADMINISTRATION AND INDIGENT HEALTH** | Office of the Director 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452  |
| **PUBLIC HEALTH DEPARTMENT** | Office of the Director ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5th Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000 |

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. El Departamento le pedirá a la HCSA que investigue la queja, de modo que la resolución puede demorar más que si usted se comunica con la HCSA directamente, a la dirección que se indica anteriormente. Para presentar una queja ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, escriba a la siguiente dirección:

**Office of Civil Rights**

**U.S. Department of Health and Human Services**

**50 United Nations Plaza, Room 322**

**San Francisco, CA 94102**

**415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)**

**(415) 437-8329 FAX**

**Página web:** [***www.hhs.gov/ocr***](http://www.hhs.gov/ocr)

# Aviso de información del Título 42, PARTE 2, del CFR: Información sobre la divulgación del uso de drogas y alcohol del paciente

LÉALO CON ATENCIÓN.

|  |
| --- |
| (Solo se aplica a los beneficiarios que reciben tratamiento por abuso de sustancias) |
| **Título 42, PARTE 2:** La información general de la atención médica, incluido el pago correspondiente, está protegida por las leyes y regulaciones federales, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, Título 42 del Código de los EE. UU. § 1320d y siguientes, Título 45 del CFR, Partes 160 y 164, y la Ley de Confidencialidad (Confidentiality Law), Título 42 del Código de los EE. UU. § 290dd-2 y Título 42 del Código de los EE. UU., Parte 2. Según estas leyes y regulaciones, la confidencialidad del tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (SUD) protege la identidad, el diagnóstico, el pronóstico médico o el registro de tratamiento que se origina en la prestación de los servicios de un programa que recibe fondos federales o una actividad relacionada con la educación, la prevención, la capacitación, el tratamiento, la rehabilitación o la investigación del abuso de sustancias. El proveedor no puede comunicarle a una persona ajena sobre su participación en el programa, ni tampoco revelar ninguna información que lo identifique como un paciente que se encuentra un tratamiento por el uso de alcohol o drogas o que esté protegida de alguna manera, salvo en la medida que lo permita la ley federal.Un proveedor debe obtener su consentimiento escrito antes de divulgar información suya a efectos del pago. Por ejemplo, el proveedor debe obtener su consentimiento escrito antes de divulgar información suya a su seguro médico para que reciba el pago de los servicios. Un proveedor también debe obtener su consentimiento escrito antes de poder vender información suya o divulgarla a efectos de marketing. En general, usted debe firmar un consentimiento escrito antes de que el proveedor pueda compartir información a efectos del tratamiento o de operaciones de atención médica. Si bien el proveedor usualmente no puede divulgar información que revelaría directa o indirectamente que un cliente es un paciente con SUD, las leyes y regulaciones federales le permiten divulgar, *sin* su permiso por escrito, información que puede incluir lo siguiente:1. cuando un paciente representa un peligro para sí mismo o para los demás;
2. cuando un paciente ha puesto en peligro o amenazado a los demás;
3. cuando un paciente está gravemente discapacitado y no puede tomar una decisión racional respecto de su necesidad de tratamiento;
4. cuando se sospecha que un paciente sufrió abuso o negligencia de menores;
5. cuando se sospecha que un paciente sufrió abuso de adultos mayores;
6. cuando un paciente se encuentra en emergencia médica y no puede otorgar el permiso;
7. cuando la información del paciente se utiliza para una revisión de calidad;
8. en virtud de un acuerdo con una organización de servicio calificada (Qualified Service Organization, QSO), p. ej., para conservar registros, realizar tareas de contabilidad o prestar otros servicios profesionales; y
9. para que los organismos de acreditación y licenciamiento la sometan a revisiones.

Se considera un delito infringir la legislación y las regulaciones federales a través de un programa sujeto al Título 42, Parte 2 del CFR; las presuntas infracciones deben denunciarse ante las autoridades competentes, incluido el fiscal estadounidense del distrito del norte de California (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) y el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 95389-7413). Antes de que el proveedor pueda usar o divulgar información sobre su salud de una manera que no se haya descrito anteriormente o esté permitida por las leyes o regulaciones vigentes (p. ej., Título 42, Parte 2 del CFR), primero debe conseguir su consentimiento escrito específico donde se permita dicha divulgación. Todo consentimiento escrito podrá ser revocado por usted verbalmente o por escrito.Responsabilidades del proveedor: La ley exige que el proveedor mantenga la privacidad de su información médica y sobre el SUD y que le entregue un aviso sobre sus responsabilidades legales y prácticas de privacidad con respecto a tal información. La ley también le exige cumplir con los términos de este aviso y poner en vigencia sus nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que contenga. Los avisos sobre revisiones y actualizaciones se entregarán durante las sesiones de tratamiento y se publicarán en el panel de avisos públicos de la recepción.Quejas y denuncia de infracciones: Si usted no está satisfecho con alguna cuestión relacionada con los servicios que recibe, incluidos los problemas con la confidencialidad, o si se siente incómodo para hablar con su proveedor sobre algún tema, puede comunicarse con la **Ayuda al consumidor al 1 (800) 779-0787**. Consulte el proceso de resolución de problemas del beneficiario en las páginas 4 y 5 de este paquete para obtener más información. |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del beneficiario: | Nombre del programa:N.° de RU (si corresponde):  |
| Fecha de nacimiento: | Fecha de admisión: |
| N.° de INSYST: |

# Acuse de recibo

**Consentimiento para los servicios**

Tal como se señaló en la primera página de este paquete, al firmar a continuación, usted otorga su consentimiento para recibir servicios de atención de la salud conductual por parte de este proveedor. Si usted es el representante legal del beneficiario, al firmar otorga tal consentimiento.

**Materiales informativos**

Su firma también significa que los materiales indicados a continuación fueron analizados en un idioma o de una manera que usted pudo entender, que se le entregó el paquete de materiales informativos para que lo conservara, y que acepta el método de entrega de la Guía y el Directorio de proveedores, tal como se indica a continuación. Puede solicitar una explicación o copias de estos materiales nuevamente en cualquier momento.

**Notificación inicial**

Marque las siguientes casillas para indicar qué materiales se analizaron con usted al momento de la admisión o en alguna otra oportunidad.

* Consentimiento para los servicios
* Libertad de elección
* Aviso de no discriminación
* Confidencialidad y privacidad
* Mantener un lugar agradable y seguro (*no es un material informativo exigido por el Estado*)
* “Guía para Servicios de Salud Mental de Medi-Cal” O “Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal”

Entrega: [ ] Internet [ ]  E-mail [ ] Copia impresa

* Directorio de proveedores del Plan de Salud Conductual del condado de Alameda

Entrega: [ ] Internet [ ] E-mail [ ] Copia impresa

* Información para la resolución de problemas del beneficiario
* Información sobre directivas anticipadas (*para mayores de 18 años y cuando el paciente cumpla los 18 años*)

*¿Ha creado en algún momento unas Directivas Anticipadas?* *[ ] Sí* *[ ] No*

*Si respondió sí, ¿podemos tener una copia para nuestros archivos?* *[ ] Sí* *[ ] No*

*Si respondió no, ¿podemos ayudarle a crearlas?* *[ ] Sí* *[ ] No*

* Aviso de prácticas de privacidad: HIPAA e HITECH
* Aviso de información del Título 42, PARTE 2, del CFR: Información sobre la divulgación del uso de drogas y alcohol del paciente (*solo para pacientes que reciben los servicios de tratamiento por uso de sustancias*)

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del beneficiario:(o su representante legal, si corresponde) | Fecha: |
| Iniciales del testigo médico clínico/del personal: | Fecha: |
| Dirección de correo electrónico para enviar la Guía y el Directorio de proveedores, si corresponde: |

**Notificación anual:** El proveedor debe recordarle todos los años que los materiales indicados anteriormente están disponibles para su revisión. Coloque sus iniciales y la fecha en un cuadro a continuación para indicar cuándo se hará efectivo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: |

Use un cuadro para cada año (ver arriba) para las iniciales del ***beneficiario*** (o su representante legal) y la fecha.

* Instrucciones del proveedor:
* *Notificación inicial: Analice todos los elementos relevantes del paquete con el beneficiario (o su representante legal) en su idioma o método de comunicación preferido. Complete el cuadro de información identificatoria que se encuentra en la parte superior de la página anterior. Marque las casillas de verificación relevantes para indicar los elementos analizados/provistos. Pídale al beneficiario que firme y coloque la fecha en el cuadro correspondiente. Coloque las iniciales del personal y la fecha en el cuadro correspondiente. Entregue el resto del paquete de materiales informativos al beneficiario para que lo conserve. Archive esta página de firma en la historia clínica.*
* *Notificaciones anuales: Recuérdeles a los beneficiarios que todos los materiales se encuentran disponibles para su revisión, y repáselos, si así lo solicitan. En los cuadros provistos, pídale al beneficiario que coloque sus iniciales y la fecha que corresponda.*
* *El paquete en todas las lenguas del umbral y una hoja de instrucciones detallada están disponibles en* [*http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm*](http://www.acbhcs.org/providers/QA/General/informing.htm) *.*