



# Behavioral Health Department

## Alameda County Health

Salud Conductual del Condado de Alameda  
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y  
USO DE SUSTANCIAS

Manual de materiales informativos

Su Guía de consentimientos de servicios y derechos y responsabilidades en virtud del Plan de  
Salud Conductual del Condado de Alameda

Oficina de Garantía de Calidad de ACBHD

[QAOffice@acgov.org](mailto:QAOffice@acgov.org)

Revisado en octubre de 2022

### **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you.

Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBHD ACCESS at 1-800-491-9099 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Please contact your established provider directly or to inquire about services call ACBHD ACCESS at 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD ACCESS 에 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 ACBHD ACCESS 에 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協助服務。  
請直接與您的服務提供者聯繫，或致電 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD ACCESS 1-800-491-9099 համարով (հեռախոյ 711): (Հեռախոյ 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 ACBHD 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 ACBHD 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.  
لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBHD 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، در صورت درخواست شما به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. لطفاً با ارائه دهنده تعیین شده خود به طور مستقیم تماس گرفته و یا برای پرس و جو در مورد خدمات به ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD ACCESS ntawm 1-800-491-9099 (TTY: 711).

LUS CEEV: Muaj cov kev pab cuam that 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 ACBHD 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 ACBHD 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 ACBHD 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 أو اتصل على ACBHD 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 ACBHD ACCESS للاستفسار عن الخدمات على الرقم 1-800-491-9099 (الهاتف النصي: 711). (الهاتف النصي: 711).





## Índice

Bienvenido al Plan de Salud Conductual del Condado de Alameda .....	13
Consentimiento para acceder a servicios .....	14
Libertad de elección.....	16
Aviso de no discriminación .....	17
Confidencialidad y privacidad.....	18
Mantener un lugar acogedor y seguro .....	19
Guías del miembro y Directorio de proveedores .....	20
Información de resolución de problemas del miembro .....	21
Otros procesos conformes disponibles a través de la Junta de Ciencias del Comportamiento: ....	24
Información sobre la directiva anticipada: .....	25
Aviso sobre prácticas de privacidad .....	26
RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.....	38
Aviso de información del CFR 42, SECCIÓN 2: .....	40
Acuse de recibo .....	42
Instrucciones para el proveedor: .....	44



## Behavioral Health Department

Alameda County Health

### **Bienvenido al Plan de Salud Conductual del Condado de Alameda**

Bienvenido Como miembro del Plan de Salud Conductual (BHP) del Condado de Alameda que solicita servicios de salud conductual de este proveedor, le pedimos que revise este paquete de materiales informativos que explica sus derechos y responsabilidades. El BHP del Condado de Alameda incluye servicios de salud mental ofrecidos por el Plan de Salud Mental del Condado y servicios de tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD) ofrecidos por el Sistema de Prestación Organizada del SUD del Condado. Usted puede recibir solo uno o ambos tipos de servicios.

#### **NOMBRE DEL PROVEEDOR:**

La persona que le da la bienvenida a los servicios revisará estos materiales con usted. Se le dará este paquete para que se lo lleve a casa y lo revise cuando quiera. Además, **se le pedirá que firme la última página de este paquete para indicar lo que se habló y que usted recibió los materiales**. Su proveedor se quedará con la página de la firma original. Los proveedores de servicios también están obligados a notificarle cada año sobre la disponibilidad de cierta información en este paquete, y la última página de este paquete tiene un lugar para que usted indique cuándo se realizan esas notificaciones.

**Este paquete contiene mucha información, así que tómese su tiempo y no dude en hacer cualquier pregunta. Conocer y comprender sus derechos y responsabilidades le ayudará a recibir la atención que se merece.**

## Consentimiento para acceder a servicios

Como miembro de este Plan de Salud Conductual (BHP), al firmar en la última página de este paquete da su consentimiento para recibir servicios voluntarios de salud conductual de este proveedor. Si usted es el representante legal de un miembro de este BHP, su firma brinda ese consentimiento.

Su consentimiento para acceder a los servicios también significa que este proveedor tiene el deber de informarle sobre sus recomendaciones de atención, de modo que la decisión de participar se tome a sabiendas y tenga sentido. Además de tener derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento, también tiene derecho a negarse a utilizar cualquier recomendación, intervención de salud conductual o procedimiento de tratamiento.

Este proveedor puede tener un formulario de consentimiento adicional para que firme, en el que se describen con más detalle los tipos de servicios que podría recibir. Estos pueden incluir, entre otros, valoraciones, evaluaciones, asesoramiento individual, asesoramiento en grupo, intervención en crisis, psicoterapia, administración de casos, servicios de rehabilitación, servicios de medicación, tratamiento asistido con medicación, derivaciones a otros profesionales de la salud conductual y consultas con otros profesionales en su nombre.

Los proveedores de servicios profesionales pueden incluir, entre otros, médicos, enfermeros profesionales certificados, asistentes médicos, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos (LCSW), consejeros clínicos profesionales, psicólogos, auxiliares registrados y especialistas pares certificados. Si el prestador de servicios es un profesional sin licencia (por ejemplo, un practicante o un auxiliar certificado), el prestador de servicios debe informarle de ello por escrito. Todo el personal profesional sin licencia está bajo la supervisión de profesionales con licencia.

Los servicios de tratamiento ambulatorio de SUD pueden incluir las siguientes modalidades: evaluación, desarrollo del plan, asesoramiento individual y en grupo, administración de casos, análisis de drogas, terapia familiar y planificación del alta. Tiene derecho a rechazar cualquiera de las siguientes modalidades: asesoramiento individual, asesoramiento en grupo, administración de casos, análisis de drogas, terapia familiar y planificación del alta. Puede que haya requisitos adicionales para las pruebas de drogas (Tribunal de Drogas, SSA, libertad condicional, etc.) fuera de los requisitos de ACBHD.

Residencias de recuperación:

- ✓ Los residentes deben someterse a la prueba como condición para vivir en las residencias de recuperación.

Programas de tratamiento de opiáceos (OTP)\*.

- ✓ Los OTP deben realizar pruebas de detección de drogas según los requisitos del programa.

Los motivos para un retiro involuntario del programa incluyen, entre otros, la creación de un entorno perturbador o inseguro para los otros participantes. A veces esto se debe a que un cliente está intoxicado. En ese momento, su consejero hablará con usted y le recomendará que se someta de inmediato a una prueba de detección de drogas. Aunque se puede declinar la prueba de detección de drogas, es importante saber que esto tienen que ser parte de la conversación sobre el comportamiento que el consejero considera perturbador o inseguro para otros clientes. Ya sea que acepte o rechace la prueba de drogas en esta circunstancia, aún se lo puede retirar (se analizará el período) si no puede corregir y alterar su comportamiento para crear un ambiente seguro y no perturbador para todos en el programa. Además, si sigue rechazando los servicios que el programa le ofrece, el personal encargado de su tratamiento podría recomendarle una ubicación más adecuada.

Si se lo retira involuntariamente de un programa y no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una apelación ante la Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud Conductual del Condado de Alameda:

Por teléfono: 1-800-779-0787

Si tiene problemas de audición o de habla, llame al 711, Servicio de Retransmisión de California

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

En persona: Visite la Oficina de Asistencia al Consumidor en la Asociación de Salud Mental

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

La respuesta ética a un resultado positivo de una prueba de drogas es conversar sobre los hallazgos con el cliente y considerar un cambio basado en la evidencia en su plan de tratamiento. Los profesionales del tratamiento de adicciones y las organizaciones proveedoras tomarán las medidas apropiadas para asegurar que los resultados de las pruebas de drogas permanezcan confidenciales en la medida permitida por la ley.

## Libertad de elección

Es nuestra responsabilidad como su plan de salud conductual informarle de que cualquier persona que reciba nuestros servicios (incluidos los menores y sus representantes legales) debe saber lo siguiente:

- A.** La aceptación y participación en el sistema de salud conductual son voluntarias; no es un requisito para acceder a otros servicios comunitarios.
- B.** Tiene derecho a acceder a otros servicios de salud conductual financiados por Medi-Cal y tiene derecho a solicitar\* un cambio de proveedor o de personal.
- C.** El Plan de Salud Conductual tiene contratos con una amplia gama de proveedores en nuestra comunidad, que pueden incluir proveedores religiosos. Existen leyes que rigen a los proveedores religiosos que reciben fondos federales, incluidas las que establecen que deben atender a todos los miembros elegibles (sin importar sus creencias religiosas) y que los fondos federales no deben utilizarse para apoyar actividades religiosas (como el culto, las enseñanzas religiosas o los intentos de convertir a un miembro a una religión). Si se le deriva a un proveedor religioso y se niega a recibir sus servicios debido a su carácter religioso, tiene derecho a ver a un proveedor diferente, previa solicitud\*.

\*El BHP trabaja con los miembros y sus familias para aceptar todas las solicitudes razonables, pero no podemos garantizar la aceptación de todas las solicitudes de cambio de proveedor. Sin embargo, se aceptarán las solicitudes de cambio de proveedor por motivos religiosos.

### **Aviso de no discriminación**

La discriminación es ilegal. La Salud Conductual del Condado de Alameda cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, religión, etnia, color, nacionalidad, edad, discapacidad, preferencia sexual, sexo o capacidad de pago.

## Confidencialidad y privacidad

La confidencialidad y privacidad de su información médica mientras participa en nuestros servicios de tratamiento es un derecho personal importante. Este paquete contiene una copia del "Aviso de prácticas de privacidad", que explica cómo los Servicios de Atención de Salud Conductual del Condado de Alameda mantienen la confidencialidad, el uso y la divulgación de sus registros de tratamiento y su información personal, y cómo puede acceder a esta información. Si está recibiendo servicios de tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD), este paquete también contiene una copia del "Aviso de información del CFR 42, SECCIÓN 2 - Divulgación de información sobre drogas y alcohol del paciente". Su proveedor debe proporcionarle información sobre sus derechos de confidencialidad y privacidad.

En ciertas situaciones que involucran su seguridad o la seguridad de otros, aunque los proveedores generalmente no pueden divulgar información que lo identifique, de forma directa o indirecta, como miembro que recibe servicios de SUD, los proveedores están obligados por ley a analizar su caso con personas ajenas al sistema de Servicios de Atención de Salud Conductual.

Esas situaciones incluyen las siguientes:

1. Si amenaza con hacer daño a otras personas, se debe informar a esas personas o a la policía.
2. Cuando sea necesario, si representa una amenaza grave para su salud y seguridad.
3. Todos los casos de sospecha de abuso infantil deben comunicarse a las autoridades estatales o locales competentes.
4. Todos los casos de sospecha de abuso a adultos mayores/dependientes deben comunicarse a las autoridades estatales o locales competentes.
5. Si un tribunal nos ordena divulgar sus registros, debemos hacerlo.
6. La perpetración de un delito por parte de un paciente en las instalaciones o contra el personal de un proveedor de tratamiento por uso de sustancias; estos informes no están protegidos.

Si tiene alguna pregunta sobre estos límites de confidencialidad, hable con la persona que le esté explicando estos materiales. Puede obtener más información sobre lo anterior y otros límites de confidencialidad en las secciones "Aviso de prácticas de privacidad" y "Aviso de información del CFR 42, SECCIÓN 2 - Divulgación de información sobre drogas y alcohol del paciente" de este paquete.

## Mantener un lugar acogedor y seguro

Es muy importante para nosotros que cada miembro se sienta bienvenido para recibir atención tal y como es. Nuestro trabajo más importante es ayudarlo a sentir que está en el lugar correcto, y que podemos conocerlo y ayudarlo a tener una vida feliz y productiva. Avísenos si hacemos algo que le haga sentir que no es bienvenido, que no está seguro o que se le falta al respeto.

También es muy importante que nuestros entornos de servicio sean lugares seguros y acogedores. Queremos que nos informe si ocurre algo en nuestros entornos de servicio que lo haga sentir inseguro a fin de corregirlo.

Una forma de contribuir a la seguridad es establecer reglas que exijan a todos (proveedores y miembros) un comportamiento seguro y respetuoso. Estas reglas son:

- ✓ Comportarse de forma segura consigo mismo y con los demás.
- ✓ Dirigirse con cortesía a los demás.
- ✓ Respetar la propiedad de los demás y de este lugar de servicio.
- ✓ No llevar armas de ningún tipo.
- ✓ Respetar la privacidad de las personas.
- ✓ La venta, el uso y la distribución de alcohol, drogas, productos de nicotina/tabaco y cigarrillos electrónicos están prohibidos en las instalaciones.

A fin de tener un lugar acogedor para todos, se le podrá pedir a cualquiera que actúe de forma insegura intencionadamente que abandone las instalaciones, se podrán interrumpir los servicios de forma temporal o total y, si fuera necesario, se podrían emprender acciones legales. Por lo tanto, si piensa que podría tener dificultad para seguir estas reglas, informe a su proveedor. Trabajaremos duro para que se sienta bienvenido de una manera que los haga sentir seguros a usted y a aquellos a su alrededor.

**Agradecemos a todos los que colaboran con nosotros por seguir estas reglas.**

## Guías del miembro y Directorio de proveedores

El Manual del miembro 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** se le proporcionarán cuando comience a recibir los servicios. Estos contienen información sobre cómo un miembro es elegible para los servicios, qué servicios están disponibles y cómo acceder a ellos, quiénes son nuestros proveedores de servicio, más información sobre sus derechos, y el proceso de quejas, apelaciones y audiencias estatales justas. Además, estas Guías incluyen una lista de números telefónicos importantes relacionados con el Plan de Salud Conductual.

El **Directorio de proveedores** es una lista de proveedores del condado y contratados por el condado de servicios de salud conductual en nuestra comunidad y se actualiza mensualmente. **Para derivaciones para servicios de salud mental de tratamiento ambulatorio que no son de emergencia** o para recibir mayor información sobre el *Directorio de proveedores*, llame al programa ACCESS al 1-800-491-9099; un representante le puede informar si un proveedor de salud mental tiene vacantes disponibles.

**Para derivaciones para servicios de tratamiento por uso de sustancias** o para recibir mayor información sobre el *Directorio de proveedores*, llame a la Línea de ayuda de derivaciones y tratamiento por uso de sustancias al 1-844-682-7215; un representante le puede informar si un proveedor de tratamiento por uso de sustancias tiene vacantes disponibles. Si tiene limitaciones auditivas o del habla, marque 711 para contactar al Servicio de Retransmisión de California y recibir asistencia para conectarse a cualquiera de estas líneas de servicio al cliente.

Las Guías del miembro están disponibles en formato electrónico aquí:

<http://www.ACBH.org/beneficiary-handbook/> y están disponibles en los siguientes idiomas: inglés, español, chino, farsi, coreano, tagalo y vietnamita.

El Directorio de proveedores se actualiza mensualmente y está disponible en formato electrónico aquí: [http://www.ACBH.org/provider\\_directory/](http://www.ACBH.org/provider_directory/) y están disponibles en los siguientes idiomas: inglés, español, chino, farsi, coreano, tagalo, árabe y vietnamita.

***En relación a las Guías y Directorio de proveedores, la asistencia para idiomas está disponible llamando a la línea ACCESS al 1 (800) 491-9099.***

## Información de resolución de problemas del miembro

### Cómo decidir dónde presentar su queja o apelación

#### SERVICIO INSATISFACTORIO: una queja puede referirse a cualquier cosa

##### Ejemplos:

- Si no recibe el tipo de servicio que quiere.
- Si recibe un servicio de mala calidad.
- Si se le trata injustamente.
- Si las citas nunca se programan en horarios buenos para usted.
- Si las instalaciones no están limpias o no son seguras.

### Dónde presentar su queja

#### Con ACBHD del Condado de Alameda:

Por teléfono: Asistencia al Consumidor de ACBHD 1-800-779-0787

*Si tiene problemas de audición o de habla, llame al 711, Servicio de Retransmisión de California*

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

En persona: Visite la Oficina de Asistencia al Consumidor en la Asociación de Salud Mental

954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

**Con su proveedor:** Su proveedor puede resolver su queja de forma interna o dirigirlo al ACBHD como se indica arriba. Puede obtener formularios y asistencia de su proveedor.

#### **DETERMINACIONES DESFAVORABLES DE BENEFICIOS: usted puede apelar**

Usted puede recibir un “Aviso de determinación desfavorable de beneficios” (**NOABD**) para informarle sobre una acción por parte del BHP en relación con sus beneficios. **Ejemplos:**

- Si se niega o se limita un servicio que usted solicitó.
- Si se reduce, suspende o finaliza un servicio que estaba recibiendo previamente autorizado.
- Si el BHP se niega a pagar por un servicio que usted recibió.
- Si los servicios no se le proporcionan oportunamente.
- Si su queja o apelación no se resuelve dentro de los periodos de tiempo establecidos.

- Si se deniega su solicitud para disputar la responsabilidad financiera.
- Si se lo retira involuntariamente de un programa.

**Dónde presentar su apelación** (se aplica solo a miembros de Medi-Cal que reciben servicios de Medi-Cal)

**Con ACBHD del Condado de Alameda:**

Por teléfono: Asistencia al Consumidor 1-800-779-0787

Si tiene problemas de audición o de habla, llame al 711,  
Servicio de Retransmisión de California

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

En persona: Visite la Oficina de Asistencia al Consumidor en la Asociación de Salud Mental, 954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Tiene derecho a una **audiencia estatal justa**, una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales de California, si ha completado el proceso de apelación del BHP y el problema no se resolvió a su satisfacción. Se incluye una solicitud para una audiencia estatal justa con cada Aviso de resolución de apelación (NAR); debe enviar la solicitud dentro de 120 días de la fecha del matasellos o el día en que el BHP le dio personalmente el NAR. Puede solicitar una audiencia estatal justa sin importar si ha recibido o no ha recibido un NOABD. Para conservar los mismos servicios mientras espera una audiencia, debe solicitar la audiencia dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que se envió por correo o se le entregó personalmente el NAR a usted o antes de la fecha de vigencia en el cambio en servicio, lo que ocurra con mayor posterioridad. El Estado debe tomar su decisión dentro de 90 días naturales después de la fecha de la solicitud para las audiencias normales y dentro de 3 días de la fecha de solicitud para audiencias de urgencia. El BHP deberá autorizar o proporcionar los servicios disputados de inmediato dentro de 72 horas a partir de la fecha en que recibe el aviso que revoca la ABD del BHP. Puede solicitar una audiencia estatal justa llamando al 1(800) 952-5253 o 1 (800) 952-8349 para TTY, en línea a <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 DE LOS PACIENTES**

Las controversias relacionadas con retenciones 5150 involuntarias, retenciones 5250 y curatelas son gestionadas a través de los recursos legales existentes como los derechos del paciente, en lugar de a través de quejas o procesos de apelación. Póngase en contacto con el defensor de derechos del paciente: 1 (800) 734-2504 o (510) 835-2505.

### Ejemplos:

- Si lo inmovilizaron y no cree que el centro tuviera motivos justificados para hacerlo.
- Si fue hospitalizado en contra de su voluntad y no entiende por qué o cuáles eran sus opciones.

### **Dónde registrar su problema relacionado con los derechos del paciente**

- Llame al defensor de derechos del paciente marcando **(800) 734-2504**. Este es un número disponible las 24 horas con una contestadora fuera de horario. Se aceptan llamadas por cobrar.

**Para obtener información más detallada sobre el proceso de resolución de problemas del miembro, pida a su proveedor una copia de la [Guía para servicios de salud mental de Medi-Cal](#) o de la [Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal](#) que se describen en las páginas 2-3 de este paquete. Si tiene preguntas o requiere de asistencia para llenar los formularios, puede pedirselo a su proveedor o llamar a: Asistencia al Consumidor al 1 (800) 779-0787.**

Otros procesos conformes disponibles a través de la Junta de Ciencias del Comportamiento:

### **AVISO A LOS CLIENTES**

A partir del 1 de julio de 2020, la Junta de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede ponerse en contacto con la junta en línea en <https://www.bbs.ca.gov/consumers/> o llamando al (916) 574-7830.

Para obtener más información, consulte [https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab\\_630.pdf](https://www.bbs.ca.gov/pdf/ab_630.pdf).

Salud Conductual del Condado de Alameda (clínicas del condado y contratistas) continúa recibiendo y respondiendo a las quejas relacionadas con la práctica de la psicoterapia por parte de cualquier consejero sin licencia o no certificado. Para presentar una queja, póngase en contacto con la Oficina de Atención al Consumidor en el teléfono (800) 779-0787 o en la dirección:

ACBHD Consumer Assistance Office  
2000 Embarcadero Cove  
Suite 400 Oakland, CA 94606

### **Información sobre la directiva anticipada:**

**“Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico”  
(Solo se aplica si usted tiene 18 años o más)**

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

Si usted tiene 18 años o más, el Plan de Salud Conductual tiene la obligación bajo la ley federal y estatal de informarle sobre su derecho a tomar decisiones de atención de salud y sobre cómo puede planificar ahora su atención médica en caso de que no tenga la posibilidad de hablar por usted mismo en el futuro. Al trazar ese plan ahora puede asegurarse de que sus deseos y preferencias personales se comuniquen a las personas que necesitan saberlo. Este proceso se llama la creación de una directiva anticipada.

Si lo solicita, se le dará información sobre las directivas anticipadas llamadas “Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico”. Este describe la importancia de crear una directiva anticipada, el tipo de cosas que debería considerar si decide crear una, y describe las leyes estatales importantes. Usted no tiene la obligación de crear una directiva anticipada pero lo invitamos a que explore la posibilidad y aborde las controversias relacionadas con la creación de una. Los proveedores y el personal de ACBHD del Condado de Alameda lo pueden apoyar en este proceso, pero ellos no pueden crear una directiva anticipada por usted. Esperamos que esta información le ayude a entender cómo aumentar su control sobre su tratamiento médico. La atención proporcionada a usted por cualquier proveedor de ACBHD del Condado de Alameda no se basará en si generó o no una directiva anticipada. Si tiene cualquier queja sobre los requisitos de la directiva anticipada, llame a Asistencia al Consumidor al 1-800-779-0787.

## **Aviso sobre prácticas de privacidad**

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON ATENCIÓN ESTA INFORMACIÓN.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con su proveedor de atención de salud o con el Departamento o Agencia de Servicios de Atención de Salud correspondientes del Condado de Alameda:

- Administración y Salud a Indigentes, llamar al (510) 618-3452
- Servicios de Atención de Salud Conductual, Oficina de Asistencia al Consumidor, llamar al (800) 779-0787
- Oficina del Director del Departamento de Salud Pública, llamar al (510) 267-8000
- Departamento de Salud Ambiental, llamar al (510) 567-6700

### **Propósito de este aviso**

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la Agencia de Servicios de Atención de Salud del Condado de Alameda (ACHCSA), sus departamentos y programas y los individuos involucrados en proporcionarle a usted los servicios de atención de salud. Estos individuos son profesionales de atención de salud y otros individuos autorizados por el Condado de Alameda para tener acceso a su información de salud como parte de proporcionar sus servicios o de conformidad con las leyes estatales y federales.

Entre los profesionales de atención de salud y otros individuos se incluyen los siguientes:

- Profesionales de atención de salud (como médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina);
- Profesionales de atención de salud conductual (como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas familiares y matrimoniales, consejeros clínicos profesionales, técnicos psiquiatras y enfermeros registrados, internos);
- Otros individuos involucrados en su cuidado en esta agencia o que trabajan con esta agencia para ofrecer atención a sus clientes, incluidos los empleados, personal, y otro personal de ACHCSA que realizan servicios o funciones que hacen posible su atención de salud.

Estas personas pueden compartir información de salud sobre usted entre sí y con otros proveedores de atención de salud para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, y con otras personas por otras razones descritas en este aviso.

### **Nuestras responsabilidades**

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida y a proporcionarle este aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad. Nosotros también tenemos la responsabilidad de cumplir con los términos y condiciones de este aviso actualmente válidos.

Este aviso:

- Identificará los tipos de usos y divulgaciones de su información que pueden ocurrir sin su previa aprobación escrita.
- Identificará las situaciones en las que se le dará la oportunidad de estar de acuerdo o en desacuerdo con el uso o divulgación de su información.
- Le informaremos con prontitud si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la aquí descrita, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.
- Se le asesorará sobre sus derechos en relación con su información personal de salud.

### **Cómo podemos usar y divulgar la información de salud sobre usted**

Los tipos de usos y divulgaciones de información de salud se pueden dividir en categorías. A continuación se describen dichas categorías con explicaciones y algunos ejemplos. No se pueden mencionar todos los tipos de uso y divulgación, pero todos los usos y divulgaciones caerán dentro de una de estas categorías.

**Tratamiento.** Podemos usar o compartir su información de salud para proporcionarle tratamiento médico u otros servicios de salud. El término “tratamiento médico” incluye tratamiento físico de atención de salud y también “servicios de Atención de Salud Conductual” (servicios de salud mental y servicios de tratamiento para alcohol u otros medicamentos) que puede recibir. Por ejemplo, un profesional clínico con licencia puede hacer arreglos para que los vea un psiquiatra para recibir un potencial medicamento y podría discutir con el psiquiatra sobre su percepción sobre su tratamiento. O un miembro de nuestro personal puede preparar una orden para que se hagan pruebas de laboratorio u obtener una remisión a un médico externo para un examen físico. Si usted obtiene atención de salud de otro proveedor, podemos divulgar su información de salud a su nuevo proveedor para propósitos de tratamiento.

**Pago.** Podemos usar o compartir su información de salud para facturar y obtener pagos de Medi-Cal, Medicare, planes de salud y otras aseguradoras por el tratamiento y los servicios que le hemos proporcionado. Por ejemplo, puede que tengamos que dar su información del plan de salud sobre el tratamiento o consejería que recibió aquí para que nos paguen o le reembolsen a usted los servicios. También podemos informarles sobre tratamientos o servicios que tenemos planeado

proporcionarle a fin de obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Si recibe atención de salud de otro proveedor, podemos divulgar su información de salud a su nuevo proveedor para propósitos de pago.

**Operaciones de atención de salud.** Podemos usar y divulgar su información de salud para dirigir nuestra consulta, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Podemos compartir porciones limitadas de su información de salud con los departamentos del condado de Alameda, pero solo hasta el grado necesario para el desempeño de funciones importantes en soporte de nuestras operaciones de atención de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para la operación administrativa de la Agencia de Servicios de Atención de Salud y para asegurarnos de que todos nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para lo siguiente:

- Para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño del personal que lo atiende.
- Para ayudar a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios, y evaluar si ciertos tratamientos son efectivos.
- Para las actividades de revisión o aprendizaje de médicos, enfermeras, clínicos, técnicos u otro personal de atención de salud, estudiantes, internos y otro personal de la agencia.
- Para ayudarnos con nuestra administración fiscal y con el cumplimiento de las leyes.
- Si obtiene atención de salud de otro proveedor, podemos divulgar su información de salud a su nuevo proveedor para ciertas operaciones de su atención de salud. Además, podemos eliminar información que lo identifica a usted de este conjunto de información de salud para que otros la puedan usar en el estudio de atención de salud y entrega de atención de salud sin enterarse de la identidad de pacientes específicos.
- También podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención de salud, organizaciones de compensación de atención de salud y planes de salud que participan con nosotros en “acuerdos organizados de atención de salud (OHCA) para cualquier operación de atención de salud. Las OHCA incluyen hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que de forma colectiva proporcionan servicios de atención de salud. Puede encontrar una lista de las OHCA que participan en ACCESS.

**Hoja de registro.** Podemos usar y divulgar su información médica al pedirle que se registre cuando llegue a nuestra consulta. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para verlo.

**Sus opciones.** En el caso de cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las siguientes situaciones descritas a continuación, díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. Usted tiene el derecho y la opción de decirnos con quién podemos

compartir información sobre su ubicación, su estado general o, a menos que nos haya indicado lo contrario, en caso de fallecimiento, por ejemplo, con su familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en su cuidado. También tiene el derecho y la opción de decirnos que incluyamos o eliminemos su información en un directorio del hospital. Además, tiene el derecho y la opción de decirnos si podemos ponernos en contacto con usted para recaudar fondos. En caso de catástrofe, podemos divulgar información a una organización de socorro para que coordine las tareas de notificación. Asimismo, podemos divulgar información a alguien que participe en su atención o ayude a pagarla. Si usted es capaz y está disponible para estar de acuerdo u objetar, entonces le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas divulgaciones, aun cuando podemos divulgar esta información en un desastre incluso a pesar de su objeción si creemos que es necesario para responder ante circunstancias de emergencia. Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario a fin de reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

**¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud?** Se nos permite o exige que compartamos su información de otras formas, normalmente de forma que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

**Divulgaciones para las cuales NO tenemos la obligación de darle la oportunidad de estar de acuerdo u objetar.** Además de las situaciones anteriores, la ley nos permite compartir su información de salud sin obtener primero su permiso. Estas situaciones se describen a continuación.

**Como lo establece la ley.** Divulgaremos la información de salud sobre usted cuando lo requieran las leyes federales, estatales y locales.

**Sospecha de abuso o negligencia.** Divulgaremos su información de salud a las agencias correspondientes en caso de sospecha de abuso o negligencia infantil, abuso o negligencia de ancianos o adultos dependientes, o violencia doméstica. Si usted está de acuerdo con la divulgación o si la ley nos autoriza a divulgarla y se cree que es necesaria para prevenir una amenaza a una persona o a la salud o seguridad pública.

**Ayuda contra los riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar información de salud sobre usted en determinadas situaciones, como las siguientes:

- Prevención de enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Notificación de nacimientos y muertes;
- Ayuda para el retiro de productos del mercado;
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos;
- Notificación de sospechas de malos tratos, abandono o violencia doméstica;

- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

**Actividades de supervisión de salud.** Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesaria para que el gobierno monitoree el sistema de atención de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

**Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, demandas y acciones legales, o en respuesta a una citación.

**Autoridades del orden público.** Podemos divulgar información de salud si lo solicita un oficial de las autoridades del orden público:

- Para ayudar a las autoridades del orden público a responder a actividades delictivas.
- Para identificar o localizar a un sospechoso, testigo, persona desaparecida, etc.
- Para proporcionar información a las autoridades del orden público sobre una víctima de un delito.
- Para denunciar actividades delictivas o amenazas contra nuestras instalaciones o nuestro personal.

**Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar información de salud a un forense, médico forense o director de funeraria. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte. También podemos divulgar información de salud sobre pacientes en nuestras instalaciones a manera de asistir a directores de funerarias para llevar a cabo sus deberes.

**Donación de órganos o tejidos.** Si es donante de órganos, podríamos divulgar información médica a organizaciones que manejan las donaciones de órganos.

**Investigación.** Podemos usar o divulgar su información para fines de investigación en salud.

**Para evitar una amenaza para una persona o para la salud o la seguridad pública.** Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otras personas. Sin embargo, cualquier divulgación solo se hará a alguien que creamos que puede ser capaz de prevenir la amenaza o que se presenten los daños.

**Para funciones especiales del gobierno.** Podemos usar o divulgar su información de salud para asistir al gobierno en el desempeño de funciones relacionadas con usted. Su información de salud se puede divulgar (i) a autoridades de comandos militares si usted forma parte de las fuerzas armadas, para ayudar a llevar a cabo misiones militares; (ii) a oficiales federales autorizados para

llevar a cabo actividades de seguridad nacional; (iii) a oficiales federales autorizados para proporcionar servicios de protección al presidente u otras personas o para investigaciones como lo establece la ley; (iv) a una institución correccional, si usted está en la prisión, para atención de salud, propósitos de salud y seguridad; (v) a programas de compensación laboral y las reclamaciones como lo establece la ley; (vi) a agencias de las autoridades del orden público del gobierno para la protección de funcionarios federales y estatales elegidos constitucionalmente y sus familias; (vii) al Departamento de Justicia de California para propósitos de movimiento e identificación sobre ciertos pacientes criminales, o en relación a personas que no pueden comprar, poseer o controlar una arma de fuego o arma mortal; (viii) al Senado o al Comité de Normas de Reunión para propósitos investigativos legislativos; (ix) a la organización de protección y defensoría a nivel estatal y a la Oficina de Derechos del Paciente del Condado para propósitos de ciertas investigaciones requeridas por ley.

**Otras categorías especiales de información, si procede.** Se pueden aplicar requisitos legales especiales al uso o divulgación de ciertas categorías de información, por ejemplo, exámenes para el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) o tratamientos y servicios para el abuso de alcohol y drogas. Además, se pueden aplicar reglas un poco diferentes para el uso y divulgación de su información médica relacionada con cualquier atención medica general (que no sea de salud mental) que recibe.

**Notas de psicoterapia, si procede.** Las notas de psicoterapia se refieren a notas registradas (en cualquier medio) por un profesional de atención de salud mental que documenta o analiza el contenido de una conversación durante una sesión de consejería privada o una sesión grupal, conjunta o familiar de consejería, y que están separadas del resto de los registros médicos del individuo. Las notas de psicoterapia excluyen las recetas médicas y la supervisión de medicamento, tiempo de inicio y fin de la sesión de consejería, las modalidades y frecuencias del tratamiento otorgado, los resultados de pruebas clínicas, y cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnósticos, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronosis y progreso a la fecha.

Podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia, como lo establece la ley, o en los siguientes casos:

- Para el uso por el autor de las notas;
- En programas supervisados de capacitación de salud mental para estudiantes, aprendices o practicantes;
- Por este proveedor como defensa de una acción legal u otra diligencia llevada a cabo por el individuo;
- Para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público;
- Para el control de salud del autor de las notas de psicoterapia;

- Para el uso o divulgación a un médico o forense para reportar la muerte del paciente;
- Para el uso o la divulgación necesaria para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público;
- Para el uso o la divulgación a usted o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad, en el transcurso de una investigación o según lo exija la ley;
- Al médico o forense después de que usted fallezca.
- En la medida en que revoque su autorización para usar o divulgar sus notas de psicoterapia, dejaremos de usar o divulgar estas notas.

**Cambio de propiedad, si corresponde.** En caso de que este consultorio/programa se venda o se fusione con otra organización, su información de salud/registro pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque usted mantendrá el derecho a solicitar que se transfieran copias de su información de salud personal a otro consultorio/programa.

**Divulgación solo después de que usted haya tenido la oportunidad de aceptar u objetar.**

Estas son las situaciones en donde no compartiremos su información de salud a menos que lo hayamos discutido con usted (de ser posible) y usted no se opone a compartirla. Estas situaciones son las siguientes:

**Directorio de pacientes.** Puede decidir qué datos de salud desea que figuren en los directorios de pacientes.

**Personas involucradas en su atención o con el pago de su atención.** Podemos compartir su información de salud con un familiar, un amigo cercano u otra persona que usted haya nombrado como alguien involucrado en su atención de salud. Por ejemplo, si le pide a un familiar o amigo que recoja un medicamento por usted en la farmacia, podemos decirle a esta persona qué medicamento es y cuándo estará listo para recogerlo. Además, podemos notificar a un familiar (u otras personas responsables de su atención) sobre su ubicación y condición médica, siempre que usted no se oponga.

**Divulgaciones en los comunicados con usted.** Podemos entrar en contacto con usted y durante dichas situaciones podemos compartir su información de salud. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información de salud para contactarlo como un recordatorio de que tiene una cita para tratamiento aquí, o bien indicarle o recomendarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Podemos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre beneficios o servicios de salud que pudieran interesarle. Podemos contactarlo sobre actividades para recaudación de fondos.

**Otros usos de su información de salud.** Los demás usos no contemplados en el presente aviso o en las leyes que se aplican a nosotros solo se harán con su permiso por escrito.

Si nos da permiso para utilizar o divulgar su información de salud, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar su información de salud por los motivos contemplados en su autorización por escrito. Usted entiende que no somos capaces de revertir las divulgaciones que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

**Sus derechos en relación con su información de salud.** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para con usted.

**Notificación de incumplimiento.** En caso de que se produzca un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información de salud personal protegida, se lo comunicaremos de inmediato. Si nos ha proporcionado su correo electrónico actual, podemos usarlo para comunicarle sobre la información relacionada con el incumplimiento. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede proporcionar la notificación. También podemos enviar la notificación por otros métodos según corresponda.

[Nota: la notificación por correo electrónico solo se usará si estamos seguros que no contendrá PHI y no divulgará información inadecuada. Por ejemplo, si nuestra dirección de correo electrónico es "digestivediseaseassociates.com" un correo electrónico enviado con esta dirección podría, si es interceptado, identificar el paciente y su condición].

**Copia electrónica o en papel de su registro médico.** Tiene derecho a consultar y copiar esta información sanitaria. Generalmente, esta incluye registros médicos y de facturación, pero puede que no incluya alguna de la información de salud. Se aplican ciertas restricciones:

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente en los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- Debe presentar su solicitud por escrito. Podemos facilitarle un formulario para ello e instrucciones sobre cómo presentarlo.
- Puede esperar recibir notificaciones relacionadas con esta solicitud en un plazo de 10 días laborables.
- Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si se le niega al acceso a su información de salud, puede solicitar que dicho rechazo sea revisado como lo establece la ley.
- Si negamos su solicitud para tener acceso a sus notas de psicoterapia, usted tendrá derecho a transferirlas a otro profesional de salud mental.

**Solicitud de corrección de su registro médico.** Puede pedirnos que corriamos su información de salud que considere incorrecta o incompleta. Podemos rechazar su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días. No estamos obligados a eliminar información de sus registros. Si hay un error, se corregirá añadiendo información aclaratoria o complementaria. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea conservada por o para la instalación. Se aplican ciertas restricciones:

- Debe presentar su solicitud para la enmienda por escrito. Podemos darle un formulario para esto e instrucciones sobre cómo enviarlo.
- Debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.

Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no haya sido creada por nosotros, a menos que el creador de la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
- no forme parte de la información de salud conservada por o para nuestra instalación;
- no forme parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar. Incluso si negamos su solicitud para una enmienda, tiene derecho a enviar un anexo por escrito, en relación con cualquier elemento o declaración en su registro que considere incompleto o incorrecto. Si indica claramente por escrito que quiere que el anexo forme parte de su registro de salud, lo adjuntaremos a sus registros y lo incluiremos cuando hagamos una divulgación del elemento o declaración que considere incompleto o incorrecto.

**Derecho a solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos.** Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos determinada información de salud para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su solicitud y podemos negarnos si ello pudiera afectar a su atención. También tiene derecho a solicitar una limitación de la información de salud que divulguemos sobre usted a alguien que participe en su atención de salud o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información sobre su diagnóstico o tratamiento a un amigo o familiar.

Si estamos de acuerdo con su solicitud de limitar como usamos su información para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, entonces cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacer la solicitud por escrito con su proveedor. En su solicitud debe informarnos qué información quiere limitar, si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y a quién quiere que se aplique los límites.

Si paga completamente de su bolsillo un servicio o elemento de atención de salud, puede pedirnos que no compartamos esa información para el pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos que "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una forma concreta (por ejemplo, por teléfono particular o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. Aceptaremos todas las solicitudes razonables. Para solicitar comunicados confidenciales, debe hacer la solicitud por escrito con su proveedor. No le preguntaremos la razón de su solicitud.

**Derecho a recibir una copia de este aviso de privacidad.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa sin demora. Puede obtener una copia de este aviso a través de su proveedor o de cualquiera de los programas arriba mencionados.

**Derecho a obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información.** Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Este recuento no incluirá lo siguiente:

- Divulgaciones necesarias para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- Divulgaciones hechas a usted.
- Divulgaciones que fueron meramente incidentales a una divulgación permitida o requerida de otra forma.
- Divulgaciones que se hicieron con su autorización por escrito.
- Otras divulgaciones permitidas o exigidas por la ley.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamientos, pagos, operaciones de atención de salud y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un recuento al año de forma gratuita, pero podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos si solicita otro en un plazo de 12 meses. Para solicitar esta lista o recuento de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito. Podemos darle un formulario para esto e instrucciones sobre cómo enviarlo. En su solicitud debe indicar un período de tiempo y la forma en que desea recibir la lista (por ejemplo, formato impreso o electrónico). Le notificaremos el costo correspondiente y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gastos.

**Derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre.** Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar ninguna medida.

**Cambios en los términos de este aviso.** Podemos cambiar los términos de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web. Usted recibirá una copia del

nuevo aviso cuando/si el Aviso de prácticas de privacidad cambia, o si se registra en un nuevo sitio de servicio.

**Los casos en los que nunca compartimos su información**, a menos que nos dé permiso por escrito, incluyen: fines de marketing, la venta de su información, y la mayoría del intercambio de notas de psicoterapia. Consulte Notas de psicoterapia en la página 29 para obtener más información. En el caso de campañas de recaudación de fondos o de medios de comunicación, podemos ponernos en contacto con usted para dichos fines, pero puede pedirnos que no volvamos a ponernos en contacto con usted.

**Presentación de una queja si considera que se violan sus derechos.** Todos los programas con la Agencia de Servicios de Atención de Salud están comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud personal. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en el departamento en el que cree que se ha producido la violación. Investigaremos su queja con prontitud y tomaremos medidas correctivas si es necesario. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Todas las quejas deben presentarse por escrito. Puede obtener una copia del formulario y las instrucciones para presentar una queja si se pone en contacto con:

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL	Consumer Assistance Office 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787
DEPARTAMENTO DE SALUD AMBIENTAL	Office of the Director 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700
ADMINISTRACIÓN Y SALUD A INDIGENTES	Office of the Director 1000 San Leandro Blvd, Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA	Office of the Director ATTN: Privacy Issue 1000 Broadway 5 <sup>th</sup> Floor Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a:

Office of Civil Rights



U.S. Department of Health and Human Services  
90 Seventh Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

O llamando al 1-800-368-1019 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/)  
No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.



## RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Describe cómo puede utilizarse y compartirse su información de salud y cómo puede acceder a ella. **NOTA IMPORTANTE: Esta página es solo un resumen y no incluye todos los detalles sobre nuestra política de privacidad. Los detalles sobre todas las secciones se presentan en el texto completo del Aviso de prácticas de privacidad, previa solicitud.**

### I. **Cómo podemos utilizar y compartir su información de salud:**

- **Tratamiento:** podemos utilizar o compartir su información de salud para proporcionarle tratamiento médico u otro tipo de servicios de salud.
- **Pago:** podemos utilizar o compartir su información de salud para facturarle a usted o a un tercero el pago de los servicios que le hemos proporcionado.
- **Operaciones de atención de salud:** podemos utilizar y compartir su información de salud para nuestras operaciones, como control de calidad, supervisión del cumplimiento, evaluación de resultados, auditoría, etc.

### II. **Divulgaciones para las cuales NO tenemos la obligación de darle la oportunidad de estar de acuerdo u objetar.**

- **Según lo exijan las leyes federales, estatales o locales.**
- **Si se sospecha de abuso o negligencia infantil, abuso o negligencia de ancianos o adultos dependientes, o violencia doméstica.**
- **Riesgos de salud pública** para actividades de salud pública de prevención y control de enfermedades.
- **Demandas y litigios** en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.
- **Autoridades del orden público** para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a responder a actividades delictivas.
- **Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.**
- **Instalaciones de donación de órganos o tejidos** si usted es donante de órganos
- **Para evitar una amenaza para una persona o para la salud o la seguridad pública.**

### III. **Divulgaciones para las cuales TENEMOS la obligación de darle la oportunidad de estar de acuerdo u objetar.**

- **Directorios de pacientes:** puede decidir qué datos de salud, en su caso, desea que figuren en los directorios de pacientes.
- **Personas involucradas en su atención o con el pago de su atención:** podemos compartir su información de salud con un familiar, un amigo cercano u otra persona que usted haya nombrado como alguien involucrado en su atención de salud.

**IV. Otros usos de la información de salud:**

- Los demás usos no contemplados en el presente aviso o en las leyes que se aplican a nosotros solo se harán con su permiso por escrito.

**V. Estos son sus derechos en relación con la información de salud que conservamos sobre usted:**

1. Derecho a acceder a su información de salud.
2. Derecho a inspeccionar su registro médico y a recibir una copia del mismo previa solicitud.
3. Derecho a modificar la información de su registro médico que considere inexacta o incompleta.
4. Derecho a saber a quién hemos divulgado su información de salud.
5. Derecho a solicitar que se limiten los datos de información de salud que divulgamos sobre usted
6. Derecho a que le comuniquemos su información de salud por otros medios.
7. Derecho a recibir una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad completo.

Reconozco que  se me ha ofrecido o  he recibido el Aviso de prácticas de privacidad

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente/representante del cliente  
EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
Nombre del departamento/programa de HCSA

**Aviso de información del CFR 42, SECCIÓN 2:  
Información sobre la divulgación de drogas y alcohol del paciente**

**REVISE CON ATENCIÓN ESTA INFORMACIÓN**

La Sección 2 del CFR 42 protege su información de salud si solicita o recibe servicios por abuso de drogas o alcohol. En general, si solicita o recibe servicios por abuso de drogas o alcohol, no podemos reconocer a una persona ajena a nuestra organización que asiste a nuestro programa ni divulgar ninguna información que le identifique como persona que busca tratamiento para el abuso de sustancias, excepto en las circunstancias que se indican en este Aviso.

Sección 2 del CFR 42: La información general relacionada con su atención de salud, incluidos los pagos por atención de salud, está protegida bajo las leyes y normas federales, entre las que se incluyen la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”), 42 U.S.C. § 1320d et seq., C.F.R. 45 Secciones 160 y 164, y la Ley de Confidencialidad, U.S.C. 42 § 290dd-2, y C.F.R. 42 Sección 2. Bajo estas leyes y normas, la confidencialidad de sus registros médicos por tratamiento del Trastorno por uso de sustancias (“SUD”) protegen la confidencialidad de la identidad, el diagnóstico, el pronóstico o los registros conservados en relación con la realización de cualquier programa o actividad con asistencia federal relacionado con la educación, prevención, capacitación, rehabilitación o investigación de abuso de sustancias. El Proveedor no puede decir a una persona fuera del programa que usted asiste al programa, el Proveedor tampoco puede divulgar información que lo identifique a usted como un paciente en tratamiento para alcohol o drogas, o divulgar ninguna otra información protegida con excepción que lo permita la ley federal.

Un Proveedor debe obtener un consentimiento por escrito antes de poder divulgar su información para propósitos de pago. Por ejemplo, el Proveedor debe obtener su consentimiento por escrito ante de poder divulgar la información a su seguro de salud para recibir el pago de los servicios. El Proveedor también está obligado a obtener su consentimiento por escrito antes de poder vender su información o divulgarla con fines comerciales. En general, usted también debe firmar un consentimiento por escrito antes de que el Proveedor pueda compartir la información para propósitos de tratamiento o para operaciones de atención de salud. Aun cuando, en general, el Proveedor no puede divulgar información que lo identifique a usted de forma directa o indirecta como un cliente SUD, hay leyes y normas federales que permiten al Proveedor divulgar información sin su permiso por escrito, que pueden incluir los siguientes casos:

1. Cuando un cliente representa un peligro para sí mismo o para otros;
2. Cuando un cliente representa un peligro o ha amenazado a otros;
3. Cuando un cliente se encuentra discapacitado gravemente o no es capaz de tomar decisiones razonables en relación con su necesidad de tratamiento;
4. Cuando se sospecha de abuso infantil o negligencia por parte de un cliente;
5. Cuando se sospecha de abuso a mayores por parte de un cliente;

6. Cuando un cliente se encuentra en una emergencia médica y no es capaz de otorgar permiso;
7. Cuando la información del cliente se utiliza para una revisión de calidad;
8. De conformidad con un acuerdo con una organización calificada de servicio (QSO), es decir, para mantenimiento de registros, contabilidad u otros servicios profesionales; y
9. Para revisión por parte de entidades acreedoras o de licencias.

El incumplimiento de las leyes y normas federales por parte de un programa sujeto a la Sección 2 del CFR 42 es un delito, y las sospechas de incumplimientos se pueden reportar a las autoridades correspondientes, como el Fiscal del Distrito Norte de California de EE. UU. (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) y el Departamento de Servicios de Atención de Salud de California (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 953897413).

Antes de que un Proveedor pueda utilizar o divulgar cualquier información sobre su salud de cualquier forma que no se describa arriba o se permita de otra forma bajo las leyes o normas correspondientes (es decir, la Sección 2 del CFR 42), este debe obtener previamente su consentimiento específico por escrito que le permita efectuar la divulgación. Usted podrá revocar dicho consentimiento de forma oral o por escrito.

**Deberes del Proveedor:** El Proveedor está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y SUD y a proporcionarle un aviso con sus deberes legales y prácticas de privacidad en relación con su información de salud. El Proveedor está obligado por ley a cumplir los términos y condiciones de este aviso y a hacer que las disposiciones del nuevo aviso sean válidas para toda la información de salud protegida que conserva. Los avisos de revisión y actualización se proporcionarán a los individuos durante las sesiones de tratamiento y se publicaran en el Tablero de avisos públicos en la sala de espera.

**Quejas y reportes de incumplimientos:** Si no está satisfecho con la cualquier asunto relacionado con sus servicios, como cuestiones de confidencialidad, o si no se siente cómodo hablando con su Proveedor sobre un asunto, puede ponerse en contacto con Asistencia al Consumidor llamando al 1 (800) 779-0787. Consulte el Proceso de resolución de problemas del miembro en la página 20 en este paquete para obtener mayor información.

Nombre del miembro:		Nombre del programa:
Fecha de nacimiento:	Fecha de admisión:	N.º de RU, si corresponde:
N.º de INSYST:		

**Acuse de recibo**

**Consentimiento para los servicios**

Como se describió en la primera página de este paquete, al incluir su firma abajo da su consentimiento para recibir voluntariamente servicios de atención de salud conductual por parte de este proveedor. Si usted es el representante legal de un miembro, su firma otorga ese consentimiento.

**Materiales informativos**

Su firma también significa que se habló con usted de los materiales enumerados abajo en un idioma o de manera que usted pueda entender, que se le dio el paquete de Materiales informativos para sus registros, y que está de acuerdo con el método de entrega para la Guía y Directorio del Proveedores como se marcó. Puede solicitar una explicación y/o copias de estos materiales de nuevo en cualquier momento.

**Notificación inicial**

Marque las casillas que aparecen a continuación para indicar qué materiales se trataron con usted en el momento de la admisión o en cualquier otro momento.

- Consentimiento para los servicios
- Libertad de elección
- Aviso de no discriminación
- Confidencialidad y privacidad
- Cómo mantener un lugar acogedor y seguro (*material informativo no requerido por el estado*)
- “Guía para servicios de salud mental de Medi-Cal” O “Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal”  
 Entrega:     Web     Correo electrónico     Copia impresa
- Directorio de proveedores del Plan de Salud Conductual del Condado de Alameda  
 Entrega:     Web     Correo electrónico     Copia impresa
- Información de resolución de problemas del miembro
- Información de directiva anticipada (*para mayores de 18 años y cuando el cliente cumpla 18 años*)  
     *¿Ya ha creado una directiva anticipada?*     Sí     No  
     *En caso afirmativo, ¿podemos tener una copia para nuestros registros?*     Sí     No  
     *En caso negativo, ¿podemos ayudarle a crear una?*     Sí     No
- Aviso de prácticas de privacidad - HIPAA y HITECH
- Aviso de información del CFR 42, SECCIÓN 2: Divulgación de información sobre drogas y alcohol del paciente (*solo para clientes que reciben servicios de tratamiento por uso de sustancias*)

Firma del miembro: (o representante legal, si corresponde)	Fecha:
Iniciales del testigo médico/del personal:	Fecha:
Dirección de correo electrónico para entregar la Guía y el Directorio de Proveedores, si corresponde:	

**Notificación anual:** Su proveedor debe recordarle cada año que los materiales indicados arriba están disponibles para su revisión. Coloque sus iniciales y la fecha en un cuadro de abajo para mostrar cuándo sucede eso.

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

Utilice una casilla cada año (consulte más arriba) para las iniciales del **miembro** (o de su representante legal) y la fecha.

Instrucciones para el proveedor:

- Notificación inicial: Hable sobre cada elemento importante en el paquete con el miembro (o representante legal) en su idioma o método de comunicación preferido. Llene el cuadro de información identificable en la parte superior de la página previa. Marque las casillas importantes para indicar los elementos discutidos/provistos. Pida al miembro que firme y escriba la fecha en la casilla correspondiente. Proporcione las iniciales del personal y la fecha en el cuadro correspondiente. Entregue el resto del material informativo al miembro para que lo conserve. Archive esta página de firmas en el historial.
- Notificaciones anuales: Recuerde a los miembros la disponibilidad de todos estos materiales para su revisión y repase cualquier material, si se solicita. Obtenga las iniciales con fecha correspondientes en los cuadros provistos.
- Puede encontrar el paquete en todos los idiomas del umbral y las hojas de instrucciones detalladas en <http://www.ACBH.org/providers/QA/General/informing.htm>.