



**Bienvenido a Plains Area Mental Health Center**

Estimado nuevo cliente:

Le agradecemos por elegir a Plains Area Mental Health Center como su proveedor de salud mental.

Se adjunta la documentación de registro que deberá completar y firmar donde se indique. Utilice tinta azul oscuro o negra al completar. Por favor de completar lo siguiente:

- Formulario de información del cliente
- Lista de verificación de síntomas
- Divulgación de información para propuesto correspondientes
- Reconocimiento de la política de cancelación/no presentación del cliente
- Consentimiento informado para los servicios. En algunas de nuestras oficinas, firmará electrónicamente este formulario con el personal de apoyo administrativo de la oficina principal.
  - Su firma electrónica indica que reconoce que ha recibido una copia del Consentimiento Informado de Salud Mental para Servicios del Área de Plains que proporciona una Descripción de los Servicios, Consentimiento Informado sobre esos servicios; Derechos y Responsabilidades del Consumidor, Información y acuerdos relativos a pagos y seguros; Aviso de Prácticas de Privacidad: Información sobre confidencialidad y los Procedimientos de Apelación/Queja del Centro para los Consumidores.

*Puede conservar la copia de la Carta de Bienvenida, la Copia del Consentimiento Informado para los Servicios, el Aviso de Prácticas de Privacidad y la Información Psiquiátrica Anticipada incluidos en este paquete para sus registros.*

*Regrese a la oficina principal de Salud Mental del Área de Plains al finalizar. También necesitaremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro.*

**Tarifas de los servicios de Plains Area Mental Health Center:**

<b>Servicio:</b>	<b>Precio:</b>	<b>Tipo:</b>
Comprobación de la medicación psiquiátrica-	\$65-\$175	En persona o por telemedicina
Evaluación psiquiátrica del paciente existente-	\$225	En persona o por telemedicina
Evaluación psiquiátrica de nuevos pacientes-	\$220-\$375	En persona o por telemedicina
Sesión de terapia de grupo-	\$80	En persona o por telemedicina
Sesión de terapia individual-	\$90-\$160	En persona o por telemedicina
Admisión a terapia de nuevos pacientes-	\$225	En persona o por telemedicina
Evaluación DOT-	\$125	En persona
Evaluación psicológica-	\$225	En persona
Pruebas psicológicas-	\$250/hora	En persona
Calificación de pruebas psicológicas/redacción de informes-	\$250/hora	Después en persona
Vida comunitaria asistida-	\$53/hora	En persona

**Si lo necesita, puede solicitar un programa de reducción de tasas. Debe rellenar la solicitud de reducción de tasas y presentar una prueba de ingresos para poder optar a ella. Por favor, póngase en contacto con su oficina local de PAMHC para obtener más información sobre nuestro Programa de Reducción de Tasas/Solicitud de Beca.**



## Client Information Sheet

### DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS CLIENTES

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_

Género: M o F Raza: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela a la que asiste: \_\_\_\_\_

Fuente de referencia (¿fue referido por otro proveedor, si es así, quién? :) \_\_\_\_\_

Ingresos Anuales: \_\_\_\_\_ # de dependientes: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

### PADRE(S)/TUTOR(ES) LEGAL(ES):

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

### PADRE(S)/TUTOR(ES) LEGAL(ES):

Nombre: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

SSN#: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Primario

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente:  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la póliza de seguro/Compañía: \_\_\_\_\_

ID de miembro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Secundario

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente:  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la póliza de seguro/compañía: \_\_\_\_\_

ID de miembro: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

**COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Por favor, enumere lo siguiente**

**Divulgación de información**

Primary Care Doctor: \_\_\_\_\_ S N

Primary Pharmacy: \_\_\_\_\_ S N

Primary Eye Doctor: \_\_\_\_\_ S N

Dentista Primario: \_\_\_\_\_ S N

Hospital Primario: \_\_\_\_\_ S N

Si servicios son relacionado con SUD/DOT, enumere a continuación lo siguiente:

Oficial de Libertad Condicional: \_\_\_\_\_ S N

Abogado: \_\_\_\_\_ S N

Palacio de Justicia al que se reporta: \_\_\_\_\_ S N

**DHS:**

Trabajador social del DHS (si corresponde): \_\_\_\_\_ S N

¿Hay alguien además de un padre/tutor legal que vaya a traer y/o concertar citas para el cliente?

Sí o NO En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ ID del seguro: \_\_\_\_\_

**Lista de comprobación de los síntomas de la PAMHC**

El objetivo de Plains Area Mental Health Center es proporcionar los servicios más apropiados que podamos para su(s) preocupación(es) actual(es). Teniendo en cuenta esto, le pedimos que rellene este formulario informativo. Rellene el formulario con sinceridad y, si no desea entrar en detalles sobre algún tema, informe al revisor de que le gustaría revisar esas respuestas escritas más adelante en el tratamiento. Esta información es confidencial y se mantendrá como tal de acuerdo con nuestro Aviso de Privacidad que se le ha proporcionado.

**Motivo de la búsqueda de tratamiento/requisitos:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte/Licencia de conducir/O.W.I.     | <input type="checkbox"/> Evaluación del abuso de sustancias   |
| <input type="checkbox"/> Evaluación de la salud mental                              | <input type="checkbox"/> Terapia/Consejo                      |
| <input type="checkbox"/> Departamento. Servicios humanos/caso de bienestar infantil | <input type="checkbox"/> Diagnóstico/Psicológico (pruebas)    |
| <input type="checkbox"/> Servicios de intervención en salud mental (BHIS)           | <input type="checkbox"/> Servicio único/evaluación            |
| <input type="checkbox"/> Emergencia/Urgencia/Crisis _____                           | <input type="checkbox"/> Gestión de la medicación/Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de la atención sanitaria                      | <input type="checkbox"/> Otros:                               |

Cuestiones relacionadas con la tutela, el régimen de visitas o la custodia: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**Por favor, compruebe los síntomas que está experimentando**

<input type="checkbox"/> Dormir poco <input type="checkbox"/> Dormir demasiado <input type="checkbox"/> Problemas de apetito o de alimentación <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso <input type="checkbox"/> Tristeza, llanto <input type="checkbox"/> Ansiedad, nerviosismo <input type="checkbox"/> Ataques de pánico o de angustia <input type="checkbox"/> Miedo o paranoia <input type="checkbox"/> Culpa o vergüenza <input type="checkbox"/> Dolor o pérdida <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> No es lo suficientemente asertivo <input type="checkbox"/> Pérdida de placer <input type="checkbox"/> Pérdida de interés <input type="checkbox"/> Mala autoestima/imagen <input type="checkbox"/> Estrés o tensión	<input type="checkbox"/> Problemas de concentración <input type="checkbox"/> Inquieto/hiperactivo <input type="checkbox"/> Desobediencia / problemas de disciplina <input type="checkbox"/> Problemas de memoria <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Ira, el daño a los demás <input type="checkbox"/> Soledad <input type="checkbox"/> Problemas médicos / físicos <input type="checkbox"/> Problemas sexuales <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Preocupaciones financieras <input type="checkbox"/> El tribunal o el DHS exigen <input type="checkbox"/> Conflicto o estrés laboral/escolar <input type="checkbox"/> Conflictos familiares <input type="checkbox"/> Conflicto o estrés conyugal <input type="checkbox"/> Otros problemas de relación	<input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio <input type="checkbox"/> Pensamientos de dañarse a sí mismo <input type="checkbox"/> Pensamientos de dañar a los demás <input type="checkbox"/> Otros pensamientos extraños o preocupantes <input type="checkbox"/> Oír voces/ver cosas <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Víctima de abusos sexuales <input type="checkbox"/> Autor de abusos sexuales <input type="checkbox"/> Víctima de abusos físicos <input type="checkbox"/> Autor de abusos físicos <input type="checkbox"/> Víctima de abuso emocional <input type="checkbox"/> Autor de abuso emocional <input type="checkbox"/> Problemas de salud física <input type="checkbox"/> Problemas de vivienda <input type="checkbox"/> Otros (enumerar)
--	---	--

**Por favor, marque cualquier condición médica que tenga actualmente**

<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre <input type="checkbox"/> Trastornos intestinales/SII <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas (del corazón) <input type="checkbox"/> Fatiga crónica <input type="checkbox"/> Dolor crónico <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Condiciones dentales <input type="checkbox"/> Pre-Diabetes <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Trastornos de la alimentación <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Fibromialgia <input type="checkbox"/> Traumatismo craneal <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas <input type="checkbox"/> Pérdida de audición <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipoglucemia <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> Presión arterial baja <input type="checkbox"/> Enfermedad de Lyme <input type="checkbox"/> Tensión muscular <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad del páncreas <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Cambio de peso <input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Recibir cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Recibir cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Otros (enumerar)
--	--	--



### Política de cancelación y no presentación del cliente

Es responsabilidad del cliente notificar a Plains Area Mental Health de una cancelación al menos 24 horas (1 día) antes de la cita programada para todos los servicios, incluido Telehealth. Las cancelaciones tardías se consideran no-shows. Las citas canceladas menos de 24 horas (después del mediodía 12pm del día anterior a la cita programada) se considerarán no presentadas (no-show).

1. Primer No-Show: Si no ha llegado (o no ha iniciado sesión para los servicios de telesalud) dentro de los 10 minutos de la hora programada de su cita, esto se considerará un "no call-no show". Se intentará ponerse en contacto con usted durante el tiempo de la cita programada y se le enviará por correo una primera carta de no-presentación (no-show).
2. Servicios Clínicos 2º No Show: Si no se presenta a **dos** citas de servicio consecutivas o tres citas dentro de tres meses consecutivos, deberá asistir a nuestro Grupo de Entrevistas Motivacionales llamado "Estrategias para el éxito". No se realizará ninguna programación anticipada hasta que haya completado "Estrategias para el éxito". También se le enviará por correo una segunda carta de no presentación.
3. 2º No Show psiquiátrico: Si no se presenta a **dos** citas de servicio consecutivas o tres citas dentro de tres meses consecutivos, se le colocará en la programación del mismo día para los servicios psiquiátricos. Para la programación el mismo día, puede llamar el día que desee ser visto (alineándose con los horarios de los proveedores), si hay una vacante, se programará una cita. De lo contrario, deberá llamar todos los días para acceder a una cita. Una vez que haya asistido con éxito a dos (2) citas de medicamentos psiquiátricos el mismo día, podrá programar nuevamente el horario de avance.
4. Después de tres o más citas programadas perdidas Y el incumplimiento de las recomendaciones de seguimiento, es posible que se le dé de alta de los servicios.

**NOTA:** *Las emergencias surgen de vez en cuando y no se puede evitar una cancelación tardía. El equipo de administración de salud mental del área de Plains revisará las situaciones de emergencia caso por caso.*

Por favor, llegue 15 minutos antes de su(s) cita(s) para completar el proceso de registro. Si llega después de la hora programada de su cita, es posible que se le pida que re programe su cita.

**He leído y entiendo la política de cancelación y no presentación del cliente de salud mental del área de Plains:**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Cliente / Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS

Solicito que Plains Area Mental Health, Inc. (en adelante Plains Area) proporcione diagnóstico, tratamiento u otros servicios para: \_\_\_\_\_

Nombre del Usuario

### DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

A continuación, se explica brevemente cada uno de los servicios que presta Plains Area:

- **La Psicoterapia** es un servicio que asiste a personas de todas las edades que experimentan problemas como depresión, ansiedad/miedo, dificultades en el trabajo/escolar, conflictos matrimoniales o familiares, cambios de humor, irritabilidad, ira/agresividad, dificultades en las relaciones sociales/con los compañeros, estrés o niños en riesgo. Tras una evaluación inicial, el proveedor y usted (y los padres/tutores en el caso de un menor) elaboran conjuntamente un plan de tratamiento. La frecuencia y la duración del tratamiento varían y dependerán de sus necesidades individuales. La psicoterapia está a cargo de profesionales de la salud mental con nivel de maestría. Las sesiones de admisión durarán entre **45 y 60 minutos**, mientras que las sesiones de terapia continua durarán entre **20 y 60 minutos**, dependiendo de lo que se necesite.
- **La Psicoterapia para los Trastornos por Uso de Sustancias** es un servicio autorizado por el IDPH que se incorpora a la psicoterapia para las personas que tienen problemas relacionados con el alcohol, los medicamentos recetados y otras sustancias ilegales. Los psicoterapeutas que prestan este servicio concurrente están formados y acreditados en esta especialidad. Los niveles de atención que se ofrecen a los clientes adultos y adolescentes incluyen servicios de nivel I y de nivel II.
- **La Evaluación Psiquiátrica** es un servicio prestado por psiquiatras (MD o DO), asistentes médicos psiquiátricos o enfermeras profesionales para determinar el diagnóstico y/o determinar los beneficios de la terapia con medicamentos. Las citas durarán entre **30 y 60 minutos**, dependiendo de lo que se necesite.
- **La Gestión de la Medicación** está a cargo de psiquiatras (MD o DO), asistentes médicos psiquiátricos o enfermeros profesionales y enfermeros para prescribir y supervisar la terapia de medicación psicotrópica (salud mental), incluidos los efectos secundarios o las reacciones adversas, los beneficios y las interacciones que pueden producirse por el uso de otros medicamentos, sustancias y condiciones médicas. Las citas durarán entre **10 y 45 minutos**, dependiendo de lo que se necesite.
- **La Telesalud** es un método de prestación de servicios de salud mental que utiliza las telecomunicaciones interactivas. Se ofrece mediante una combinación de audio y vídeo interactivo en directo en la que el cliente y el profesional de la salud mental no se encuentran en el mismo lugar. La telesalud proporciona acceso y comodidad a los clientes que, de otro modo, tendrían que recorrer una distancia mayor para acceder a los servicios de salud mental.
- **Los Servicios de Emergencia** se prestan las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las urgencias sin cita previa se atienden durante el horario de atención al público. Las emergencias fuera de horario se gestionan mediante el sistema de guardia de Plains Area. **Para acceder a los Servicios de Emergencia se deben seguir los siguientes procedimientos:** Llamar a cualquier oficina de Plains Area en horario de oficina o al número de teléfono de fuera de horario (1-888-546-0730) cuando las oficinas estén cerradas. La línea de guardia está atendida por profesionales de la salud mental. En caso de que no puedan responder a su llamada inmediatamente, deje un mensaje y le devolverán la llamada. Si no le devuelven la llamada y se trata de una urgencia vital, debe llamar al 911.
- **Los Servicios de Pruebas Psicológicas** proporcionan una evaluación de la capacidad intelectual, los logros, las habilidades, la personalidad y el estado mental de los individuos para ayudar a su tratamiento y a la planificación de los servicios. Las pruebas psicológicas pueden utilizarse para ayudar a determinar el estado de discapacidad, las capacidades profesionales, la aptitud para el trabajo y los procedimientos quirúrgicos, así como el funcionamiento general. Generalmente es un servicio breve de 1 a 3 visitas de duración variable.
- **El Programa de Servicios de Extensión** ofrece asistencia a los adultos que padecen una enfermedad mental grave para que maximicen su potencial y vivan con la mayor independencia posible. Este programa proporciona asistencia y apoyo para la integración en la comunidad, la prevención y planificación de crisis, el desarrollo de habilidades sociales, el desarrollo de habilidades de adaptación, la vinculación con otros apoyos y recursos, la gestión de los síntomas, la educación y el apoyo a la familia, la creación de apoyos naturales, las oportunidades de recreación de noche y de fin de semana. Incluye el Servicio de Apoyo Comunitario, los servicios de habilitación domiciliaria y diurna, el Servicio de Vida Comunitaria con Apoyo y los Centros de Acogida.
- **La Consulta y la Educación** se ofrecen a personas y profesionales de toda la región en relación con las necesidades de salud mental de sus familias, empleados, pacientes, estudiantes y clientes. Las presentaciones educativas están disponibles para las organizaciones comunitarias, las escuelas, las empresas y el público en general que las solicite.

- **Los Servicios Integrados de Salud** son un beneficio adicional para que las personas que reúnen los requisitos de Medicaid reciban una atención holística coordinada a través de un equipo de profesionales que incluye una enfermera titulada, un coordinador de cuidados y un especialista en apoyo familiar o de pares. El equipo trabajará con usted, su médico de atención primaria, sus proveedores de salud mental y otras personas que puedan proporcionarle atención para garantizar la coordinación y la comunicación. El equipo le ayudará a acceder a otros servicios que pueda necesitar.
- **Los Servicios Residenciales de Crisis** proporcionan servicios de estabilización de crisis a corto plazo a personas de 18 años o más, que cumplen los criterios de crisis de salud mental y que no necesitan tratamiento de salud mental en régimen de internado. Cada persona será examinada por un médico del servicio de urgencias, un médico local o un proveedor de servicios psiquiátricos para determinar que está médicamente estable y en estado de crisis de salud mental.
- **La Clínica Comunitaria de Salud Conductual Certificada (CCBHC)** es un programa financiado por el gobierno federal para aumentar el acceso y mejorar la calidad de la salud mental, el trastorno por uso de sustancias y la atención de salud física mediante el aumento de la coordinación de la atención y el tratamiento integrado, la competencia cultural y el uso de tratamientos basados en la evidencia. Se recopilan ciertos elementos de datos para informar a la CCBHC sobre las deficiencias en el servicio y las áreas que requieren mejoras.
- **Los Servicios Comunitarios de Estabilización de Crisis (CSCBS)** proporcionan servicios de estabilización de crisis a corto plazo a personas dentro de la comunidad tras una crisis de salud mental para jóvenes de 18 años o menos o adultos de 18 años o más, que cumplen los criterios de crisis de salud mental y no necesitan tratamiento de salud mental en régimen de internado. Cada persona será derivada a los servicios comunitarios de estabilización de crisis a través de MCAT. No es necesario que los remitentes tengan autorización médica para ser admitidos.
- **El Tratamiento Asertivo Comunitario** proporciona un tratamiento comunitario integral y eficaz y servicios de habilitación a aquellas personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad mental grave, experimentan los síntomas más intratables y, en consecuencia, tienen los problemas más graves para vivir de forma independiente en la comunidad. Las remisiones al programa proceden de diversas fuentes.
- **Mobile Crisis** ofrece una intervención en persona para las personas que experimentan una crisis de salud mental. Los servicios de respuesta móvil ofrecen una respuesta a la crisis en el domicilio de la persona o en lugares de la comunidad.
- **El Tratamiento Asistido con Medicamentos (MAT)** es el uso de medicamentos, en combinación con asesoramiento y terapias, para ofrecer un enfoque "integral" al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Entiendo que**, al igual que en el caso de los servicios médicos, no se puede garantizar que se resuelvan las preocupaciones o problemas para los que solicito servicios. Ya que el tratamiento de la salud mental es un esfuerzo de cooperación entre mi proveedor y yo, trabajaré con mi proveedor de manera cooperativa para resolver mis dificultades.

**Entiendo que**, durante el curso de mi tratamiento, se puede discutir material que será de naturaleza perturbadora y que esto puede ser necesario para ayudarme a resolver mis preocupaciones.

**Entiendo que** la confidencialidad de los registros de la información recopilada sobre mí se mantendrá o se divulgará de acuerdo con las leyes estatales y federales relativas a la confidencialidad de dichos registros e información, como se indica en el Aviso de Privacidad que se me ha proporcionado.

**Entiendo que** mi proveedor puede divulgar todos los registros relativos a mi tratamiento si es necesario para el procesamiento de reclamaciones, la gestión de la atención, la coordinación del tratamiento, la garantía de calidad o la utilización de este centro y en la medida necesaria para facilitar la prestación de servicios administrativos y profesionales.

**Entiendo que** tengo el derecho de inspeccionar los registros de salud mental correspondientes a mi tratamiento bajo la supervisión de mi proveedor o administración en Plains Area. Tengo derecho a una copia de mi expediente y a una copia electrónica de mi historial médico.

**Entiendo que** las leyes estatales y locales exigen que mi proveedor informe de todos los casos en los que exista un peligro para sí mismo o para otros.

**Entiendo que** puede haber otras circunstancias en las que la ley exija a mi proveedor que revele información confidencial y esto se indica en el Aviso de Privacidad que se me ha proporcionado.

**Entiendo que** mis registros se conservarán durante un período de diez años a partir de la última fecha de servicio siete años después de la última fecha de servicio con Plains Area. En el caso de los menores, los registros se conservarán hasta la edad de 25 años o diez años después de la última fecha de servicio, lo que sea más largo.

**Entiendo que** se pueden recolectar datos que se utilizarán para informar a la agencia y a los financiadores federales o estatales sobre las medidas de rendimiento de los resultados y la dirección de las actividades de mejora de la calidad.

**Entiendo que**, si elijo recibir servicios utilizando la telesalud, existen riesgos potenciales que incluyen, pero no se limitan a, interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Yo entiendo además que tengo el derecho y el clínico tiene el derecho de terminar la sesión en cualquier momento si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para realizar el servicio. También entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información sanitaria también se aplican a la información sanitaria obtenida en el uso de la telesalud. Entiendo que puedo optar por retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en cualquier momento y optar por otros métodos de tratamiento.

**Entiendo que** la comunicación a través de correo electrónico, mensajes de texto y otras tecnologías puede no ser completamente segura. Además, entiendo que los profesionales de Plains Area no participarán en servicios terapéuticos o de emergencia/crisis utilizando el correo electrónico o los mensajes de texto. Si tengo una emergencia de salud mental o una crisis, entiendo que debo llamar a la Oficina de Plains Area donde me atienden o, si es fuera del horario de atención, llamaré al número de guardia de emergencia indicado anteriormente. Plains Area puede hacer un uso limitado del correo electrónico o de los mensajes de texto para incluir, entre otras cosas, recordatorios de citas o para comunicar recursos adicionales o material educativo. Puedo optar por no recibir comunicaciones a través de correo electrónico y/o mensajes de texto poniéndome en contacto con Plains Area.

**Entiendo que** si me recomiendan los servicios para trastornos por uso de sustancias o co-ocurrentes, se me proporcionará más información sobre los niveles de atención, los horarios de atención, información sobre el VIH e información sobre el tratamiento asistido con medicamentos.

**Entiendo que** mi proveedor puede solicitar un análisis de orina con el fin de confirmar la medicación prescrita junto con la prueba de sustancias para otros que no son prescritos. Si estoy tomando sustancias controladas o medicación recetada tipo II, estoy obligado a firmar un contrato con mi proveedor de reconocimiento y responsabilidades.

## **DERECHOS DEL USUARIO**

**He leído y me han explicado** los derechos básicos de las personas que se someten a tratamiento en Plains Area. Estos derechos incluyen:

1. Todos los usuarios recibirán la misma calidad de atención sin distinción de raza, color, credo, sexo, edad, orientación sexual, condición social o económica, creencia política o tipo de problema. Se consideran las barreras lingüísticas, las diferencias culturales y los déficits cognitivos, y se toman medidas para facilitar la participación significativa del usuario en los servicios.
2. Las personas con enfermedades mentales, retraso mental y otras discapacidades del desarrollo tienen los mismos derechos fundamentales que todas las personas. Los derechos sólo pueden limitarse con el consentimiento informado del usuario, el tutor del usuario o las autoridades legales dentro de las siguientes directrices: el límite se basa en una necesidad individual identificada; se ha establecido una formación de habilidades para satisfacer la necesidad identificada; se realiza una evaluación periódica del límite para determinar la necesidad continua de la limitación.
3. Las personas que necesiten cualquier servicio prestado por Plains Area tienen derecho a que se les preste dicho servicio con la menor demora posible.
4. Sólo se exigirá a la persona o a la familia, como condición para la prestación del servicio, la información esencial para la prestación ordenada y productiva del mismo.
5. Los usuarios sólo tendrán que participar en los procedimientos que sean esenciales para la prestación de una atención acorde con su(s) necesidad(es). Se informará a los usuarios de los costes de los servicios que se les ofrecen.
6. Los usuarios deberán recibir descripciones de los peligros predominantes que pueden existir en cualquier procedimiento de tratamiento inusual. Plains Area no realizará ninguna investigación sin el consentimiento informado y por escrito del usuario.
7. La identidad de los usuarios estará protegida a menos que la información deba ser comunicada adecuadamente como se indica en el Aviso de Privacidad que se me ha facilitado.
8. Las personas admitidas en la atención voluntaria ambulatoria, de evaluación o de emergencia, no serán inscritas, por ninguna acción rutinaria o administrativa, en un nivel de atención mayor sin una explicación completa u oportunidad de participar en tales decisiones.
9. Los usuarios tendrán derecho a rechazar cualquier servicio o método de tratamiento.
10. Los usuarios tendrán derecho a ser tratados sin pérdida de dignidad, individualidad, privacidad o respeto. Los usuarios se tratarán de forma adecuada a su edad cronológica.
11. Los usuarios tendrán la oportunidad de participar en la formulación del plan de tratamiento y de los servicios que les proporciona Plains Area.
12. Los usuarios tienen derecho a tener una Directiva Psiquiátrica Anticipada y la expectativa razonable de que Plains Area siga la Directiva cuando sea posible. Los usuarios deben informar a Plains Area con antelación de esta Directiva.
13. Los usuarios tendrán derecho a recibir una explicación comprensible de su diagnóstico y de los servicios prestados,

- incluidos los procedimientos implicados y los resultados esperados y la duración de dichos procedimientos y servicios.
14. Los usuarios tienen derecho a apelar las acciones o decisiones de Plains Area en relación con sus cuidados y servicios. Debe seguirse el procedimiento de apelación/reclamación, tal como se indica en la sección de apelación/reclamación que figura más abajo.
  15. Los usuarios tienen derecho a una copia del plan de tratamiento actual. A cada cliente se le ofrecerá una copia de su plan de tratamiento.

### **RESPONSABILIDADES DEL USUARIO**

**Entiendo que es mi responsabilidad** informar a mi médico de cabecera de cualquier medicamento prescrito en el curso de mi tratamiento en Plains Area.

**Entiendo que es mi responsabilidad** informar a Plains Area de cualquier medicamento que esté tomando actualmente, problemas médicos/de salud o enfermedades pasadas y presentes, y cualquier cambio inusual en mi estado de salud.

**Entiendo que es mi responsabilidad** acudir a mis citas y avisar con al menos 24 horas de antelación si no puedo acudir a mi cita. Además, entiendo que si tengo dos inasistencias puedo estar sujeto a la programación del mismo día y no se me permitirá hacer citas por adelantado. Entiendo que, si supero las dos faltas de asistencia y no me pongo en contacto con la agencia, se me cancelará el servicio en un plazo de 14 días a partir de la última falta de asistencia. Entiendo que, si no soy capaz de cumplir con mis responsabilidades en cuanto a los servicios, esto puede dar lugar a que se me cancelen los servicios.

**Entiendo que es mi responsabilidad** ser honesto y proporcionar información precisa y completa sobre mí mismo.

**Entiendo que es mi responsabilidad** entender mis problemas y los servicios que se prestan. Si no comprendo mis problemas y los servicios que se me prestan, lo comentaré con mi proveedor. Entiendo que el éxito del servicio requiere mi plena cooperación.

**Entiendo que es mi responsabilidad** seguir mi plan de tratamiento, tal y como lo hemos establecido mi proveedor de servicios y yo, e informar a mi proveedor de cualquier cambio en mi condición o circunstancias que puedan afectar a mi plan de tratamiento.

**Entiendo que soy responsable** de los resultados de mis decisiones, incluyendo los que puedan resultar cuando me niego a seguir el plan de tratamiento y/o las instrucciones para lograrlo.

**Entiendo que es mi responsabilidad** respetar los derechos, la privacidad y la propiedad del personal y de otros usuarios con los que pueda entrar en contacto mientras reciba servicios en Plains Area.

**Entiendo que es mi responsabilidad** abstenerme de hacer demandas irrazonables sobre el tiempo y los servicios del personal de Plains Area.

**Entiendo que es mi responsabilidad** seguir el Procedimiento de Solicitud de Reposición de Medicamentos o no podré obtener la renovación/reposición de la receta antes de que se acabe el medicamento.

**Es mi responsabilidad** entender los beneficios de mi seguro y estoy de acuerdo en que las obligaciones financieras con Plains Area por los servicios prestados serán atendidas rápidamente. Además, entiendo que el pago debe realizarse en el momento del servicio. Si no puedo hacer frente a mis obligaciones financieras con Plains Area, puedo solicitar una consulta de honorarios.

### **TRATAMIENTO DE NIÑOS MENORES DE EDAD**

**Entiendo que** ambos padres conservan el derecho legal a recibir información sobre su hijo, a menos que se presente a Plains Area una prueba legal de que existe una orden de no contacto o de terminación de la patria potestad. El padre no custodio tiene derecho a saber que su hijo está siendo tratado.

**Entiendo que** el personal clínico de Plains Area no participa en la determinación de la custodia ni da opiniones relativas a la custodia o a los acuerdos de visita.

**Entiendo que** Plains Area facturará cualquier cantidad debida después del pago de terceros a la persona que está firmando este acuerdo. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar el pago de cualquier cantidad que deba el otro padre.

**Entiendo que** el personal clínico de Plains Area es un informante obligatorio de abuso infantil y debe informar al Departamento de Servicios Humanos si sospecha de abuso físico, sexual o emocional, negación de atención crítica o negligencia.

**Entiendo que** tengo la responsabilidad de participar en el tratamiento de mi hijo según las recomendaciones de mi proveedor de servicios.

### **INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE Y MEDICAID**

**Entiendo que el seguro de Medicare o Medicaid no reembolsará tanto una terapia como un servicio psiquiátrico proporcionado en el mismo día.**

**Entiendo que si tengo seguro de Medicaid no se me puede cobrar ningún gasto de bolsillo por ningún servicio en Plains Area.**

### **INFORMACIÓN Y ACUERDOS SOBRE PAGOS Y SEGUROS**

**Entiendo y acepto las siguientes condiciones de pago de los servicios profesionales en Plains Area:**

1. Es mi responsabilidad ponerme en contacto o responder a mi compañía de seguros para conocer cualquier restricción o requisito. Si no lo hago, seré responsable de la tarifa completa.
2. Tengo derecho a restringir la información divulgada a un plan de salud. Se cobrará la tasa completa a quienes tengan cobertura de seguro, pero decidan no presentarla. Seré responsable del pago de la tarifa completa en el momento del servicio.
3. Para facilitar la información necesaria para tramitar las reclamaciones a un tercero pagador. Esto puede incluir el nombre, la edad, el sexo, la dirección, el número de seguro, el número de usuario, el diagnóstico, las fechas de servicio, la duración del servicio, el nombre del proveedor, el tipo de tratamiento prestado y mi plan de tratamiento y notas de progreso, si decido que los servicios se facturen a mi plan de salud.
4. Que, si tengo un seguro de grupo a través de mi empresa, el departamento de prestaciones de mi empresa puede recibir esta información.
5. Que a menudo se requiere un diagnóstico psiquiátrico para obtener el reembolso de terceros.
6. Que mi(s) tercero(s) pagador(es) reembolsará(n) directamente a Plains Area los servicios prestados y facturados.
7. Es mi responsabilidad completar el proceso de la beca si solicito una reducción. Estoy de acuerdo en pagar el porcentaje establecido determinado por Plains Area Mental Health.
8. Que el pago y el copago son exigibles en el momento en que se presta el servicio, a menos que se haya establecido un plan de pagos.
9. Si, a juicio del personal de Plains Area, la información de mis ingresos ha sido reportada de manera fraudulenta, o si mi cuenta se vuelve morosa, entiendo que el personal de Plains Area tiene el derecho de liberar mi nombre y la información de mi cuenta a una agencia de cobros privada. Además, entiendo que, si se me entrega a la cobranza, la tarifa completa de cada servicio se restablecerá y se cobrará.
10. Que, si no realizo los pagos bajo los términos de este acuerdo, se puede requerir una conferencia de honorarios con el personal de Plains Area antes de que se proporcionen más servicios profesionales al usuario arriba mencionado.
11. **Presentaré una tarjeta de seguro actual y notificaré al personal de Plains Area cualquier cambio en mi seguro. Soy consciente de que se me cobrará la tarifa completa hasta que se proporcione la información actual.**
12. **Es mi responsabilidad notificar al titular de la tarjeta de seguro, si no soy yo, que su seguro o el titular de la tarjeta de seguro serán facturados para el pago de estos servicios.**
13. Que, si los servicios están respaldados por terceros pagadores, dichos servicios pueden estar sujetos a una auditoría por parte de los representantes autorizados de dichos pagadores con el fin de verificar el hecho del servicio y doy mi consentimiento a las revisiones de los servicios prestados para tales fines. Además, entiendo que dichas auditorías no implicarán compartir información más que la autorizada por las leyes estatales y federales, tal como se indica en el Aviso de Privacidad que se me ha proporcionado en relación con la divulgación de información sobre salud mental.
14. Que, si un proveedor de servicios de Plains Area es citado u ordenado a comparecer ante el tribunal por mi abogado o el tribunal en relación con la citación, se cobrará la tarifa actual establecida por hora para todo el tiempo fuera de la oficina. Los proveedores no son remunerados por su testimonio, pero son compensados por su tiempo fuera de sus consultorios en Plains Area. Las tarifas de escala móvil no se aplican a estos cargos. Además, entiendo que se me cobrará a mí o a mi abogado una tarifa por copiar, enviar por correo o por fax cualquier registro en relación con una orden judicial o una citación. Se cobrará una tasa por los informes/resúmenes/cartas que se presenten en relación con una orden judicial o una citación.
15. Se puede cobrar una tarifa por cualquier informe solicitado para actividades no relacionadas con el tratamiento, incluyendo, pero sin limitarse a, la compensación del trabajador, la determinación de la discapacidad y las determinaciones de aptitud para el trabajo.

Disposiciones financieras:

Para su comodidad, ofrecemos los siguientes métodos de pago. Por favor, marque lo que prefiera.

Efectivo

Cheque personal

Tarjeta de crédito

Cualquier saldo pendiente puede ser cargado a mi tarjeta de crédito    Visa    MasterCard    Discover    American Express  
Entiendo que se me pedirán los datos de la tarjeta de crédito en el momento de presentar los servicios.

Firma:

Fecha:

## INFORMACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con las leyes estatales y federales, cualquier información que usted proporcione a cualquier miembro del personal de Plains Area es información confidencial y privilegiada y no puede ser revelada a otros sin su consentimiento por escrito. Esto incluye al cónyuge, la familia, los amigos, los tribunales, los abogados, los empleadores y las fuerzas del orden. Sin embargo, hay excepciones a la plena confidencialidad. Las siguientes son excepciones generales a la plena confidencialidad. Se le ha entregado un Aviso de Privacidad que le informa de las normas específicas de confidencialidad y de cómo se puede revelar la información sobre usted.

1. Todos los proveedores de servicios de Plains Area son informantes obligatorios del abuso de niños y adultos dependientes, y se hará un informe al Departamento de Servicios Humanos (DHS) si se sospecha de dicho abuso.
2. Si un proveedor de servicios de Plains Area cree que un usuario está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otros, el proveedor de servicios de Plains Area actuará para evitar que se produzca el daño. Estas acciones pueden incluir el suministro de información sobre el usuario a terceros.
3. El padre o tutor legal de un menor tiene derecho a la información sobre los servicios que se le prestan, con la excepción de la información sobre el abuso/consumo de sustancias, en la mayoría de los casos. Las excepciones incluyen los casos en los que la divulgación de información a un padre o tutor legal puede causar daño al niño menor de edad y/o es en el mejor interés del niño que no se divulgue la información.
4. La información limitada sobre un usuario al que se le ha diagnosticado una enfermedad mental crónica puede ser divulgada a un cónyuge, padre, hijo adulto o hermano adulto si la divulgación es necesaria para ayudar en el cuidado o tratamiento del usuario, a menos que el usuario restrinja específicamente la divulgación a un cónyuge o familiar.
5. Se presentarán informes periódicos al tribunal sobre el estado de los usuarios a los que se les ha ordenado recibir servicios en Plains Area.
6. Los miembros del personal de Plains Area deben proporcionar la información que exige una orden judicial.
7. En ocasiones, los proveedores de Plains Area consultan con otros profesionales de la salud mental. Durante esas consultas, no se revela la identidad del usuario, y esos asesores están legalmente obligados a mantener la confidencialidad con respecto a esas consultas.
8. Durante las encuestas o revisiones de acreditación, los representantes del DHS del Estado de Iowa pueden comprobar los registros de los usuarios para comprobar el cumplimiento de las normas estatales. Estos revisores están obligados a mantener la confidencialidad de toda la información del usuario.
9. La confidencialidad de los expedientes e información de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias está protegida por la HIPAA y la normativa sobre confidencialidad de los expedientes de los pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, que aplica las disposiciones legales federales, 42 U.S.C. 290dd-3 aplicable a los expedientes de los pacientes con abuso de alcohol, y 42 U.S.C. 290ee-3 aplicable a los expedientes de los pacientes con abuso de drogas. La confidencialidad de los registros e información de los pacientes con problemas de juego está protegida por la HIPAA, el capítulo 228 del Código de Iowa y la sección 22.7(35) del Código de Iowa.

## PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN/RECLAMACIÓN

Todos los usuarios que reciben servicios de Plains Area tienen derecho a expresar sus preocupaciones sin temor a la restricción, interferencia, coerción, discriminación, represalia o acción de venganza. Este principio también se aplica a cualquier persona que participe en una representación de apelación, ya sea como testigo o como representante de los empleados. Cualquier consumidor que considere que ha sido objeto de un trato injusto tendrá derecho a presentar un recurso de apelación.

Será responsabilidad de las autoridades de Plains Area escuchar con prontitud y cortesía todas las apelaciones registradas de buena fe por los usuarios de los servicios prestados por Plains Area, y aclarar los malentendidos y hacer ajustes razonables de las quejas. Todos los problemas se resolverán, siempre que sea posible, al nivel más bajo. Si considera que el problema no se ha resuelto, puede seguir el proceso de apelación que se indica a continuación.

El **proceso de apelación** es el siguiente:

1. En caso de desacuerdo entre un usuario y Plains Area, el usuario debe intentar primero discutir el asunto directamente con su proveedor de servicios.
2. En caso de que el conflicto no pueda resolverse, el usuario o el proveedor de servicios podrá presentar la naturaleza del conflicto, ya sea verbalmente o por escrito, al Director Ejecutivo de Plains Area, dentro de los **cinco (5)** días hábiles siguientes a la discusión del usuario con su proveedor de servicios.
3. El Director Ejecutivo, en un plazo de **cinco (5)** días laborables, notificará entonces al proveedor de servicios y al usuario que el Director Ejecutivo tiene conocimiento del litigio.
4. La documentación se introducirá en el expediente del usuario. Toda la correspondencia generada por el litigio se

archivará en el expediente del usuario y formará parte permanente del mismo. El Director emitirá una decisión en un plazo de **cinco (5)** días laborables a partir de la recepción inicial del litigio.

5. En caso de que el Director no pueda resolver el conflicto, lo hará constar en forma de memorándum a ambas partes en el plazo de cinco días indicado anteriormente.
6. En caso de que el Director esté fuera de servicio, la reclamación se mantendrá hasta el regreso del Director.
7. La parte agraviada puede entonces optar por presentar la disputa al Presidente del Consejo de Administración.
8. Si el usuario presenta la queja, deberá firmar una autorización para que el personal clínico de Plains Area pueda discutir el caso, de manera que no se viole la confidencialidad y el miembro del Consejo pueda entender el asunto. Si el usuario se niega a firmar, la decisión del Director Ejecutivo se considerará definitiva. El Presidente dispone de **quince (15)** días hábiles para responder al denunciante con una decisión que será por escrito.
9. En caso de que se firme el comunicado, y el Presidente del Consejo de Administración reciba la disputa, podrá optar por resolver el caso (como se indica más arriba) o nombrar un subcomité de miembros del Consejo de Administración para revisar la disputa. La reunión debe tener lugar en **quince (15)** días hábiles y las decisiones deben ser emitidas en **cinco (5)** días hábiles a partir de la fecha de la audiencia por escrito con copia al usuario y a Plains Area.
10. Si la disputa es resuelta por el Presidente del Consejo de Administración o por un subcomité del Consejo, pero no es satisfactoria para ninguna de las partes, el Consejo de Administración en pleno se pronunciará sobre el asunto en una reunión regular programada en forma de voto mayoritario y la decisión se considerará definitiva en ese momento.
11. Los miembros del Consejo deben informar a cualquier usuario del procedimiento de reclamación en caso de que éste acceda directamente al Consejo, antes de seguir el procedimiento de reclamación. El personal de Plains Area informará al usuario sobre sus derechos en relación con la reclamación.
12. Si el miembro del Consejo de Administración desea discutir el caso con el personal de Plains Area, entonces, el miembro del Consejo (y el personal de Plains Area, según corresponda) deberá hacer que el usuario firme una autorización antes de que se produzca cualquier discusión entre el personal de Plains Area y un miembro del Consejo de Administración. Esto último se incluye para proteger el derecho del usuario a la confidencialidad. El propósito de incluir esta disposición es evitar, en la medida de lo posible, una reclamación completa e intentar una resolución informal de cualquier queja o problema planteado por un usuario de Plains Area.

He leído, revisado y recibido una copia de la información anterior. Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con la información anterior para todos los servicios que recibo en Plains Area. Mi firma a continuación y mis iniciales en cada página atestiguan que he revisado, entendido y aceptado la información descrita en este Consentimiento de Servicios.

Firma del Usuario, Custodio: \_\_\_\_\_  
Padre o representante legal

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo