



**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.**

## DATOS DEMOGRÁFICOS DEL CLIENTE

**\*Por favor, utilice la información legal**



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

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Raza: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ingresos anuales: \_\_\_\_\_ # de dependientes: \_\_\_\_\_

Fuente de remisión (¿Le remitió otro proveedor? En caso afirmativo, ¿quién?):

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

### **Motivo por el que busca tratamiento:**

Dep. de Transporte/ Licencia de conducir/ O.W.I.\*\*

Evaluación de abuso de sustancias

Orden judicial

Terapia/ Asesoramiento

Gestión de la medicación/ Psiquiatría

Asuntos legales

Departamento de Salud y Servicios Humanos/Caso de protección de menores

Cuestiones relacionadas con la tutela, el régimen de visitas o la custodia:  SÍ  NO

¿Alguien además de los padres o tutores legales traerá y/o concertará citas para el cliente? (necesitaremos una autorización de información firmada y archivada)

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### **CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre de contacto en caso de emergencia:

\_\_\_\_\_

Parentesco:

\_\_\_\_\_

Teléfono de contacto en caso de emergencia

\_\_\_\_\_

**Padre(s) (si es menor de edad) o tutor legal:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

# de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

# de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS:**

**Principal**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

F. de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # Seg. Social: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

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

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

ID de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Secundario**

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

F. de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # Seg. Social: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

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

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

ID de miembro: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**PLAINS AREA MENTAL HEALTH, INC.**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS**

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

Nombre del paciente

**DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS**

A continuación, se ofrece una breve explicación de cada uno de los servicios que presta Plains:

- **La psicoterapia** es un servicio que ayuda a personas de todas las edades que sufren problemas como depresión, ansiedad/miedo, dificultades en el trabajo/la escuela, conflictos matrimoniales o familiares, cambios de humor, irritabilidad, ira/agresividad, dificultades en las relaciones sociales/con los compañeros, estrés o niños en situación de riesgo. Tras una evaluación inicial, el profesional y usted (y los padres o tutores en el caso de un menor) elaboran conjuntamente un plan de tratamiento. La frecuencia y 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 continuada durarán entre 20 y 60 minutos, en función de las necesidades. Las sesiones de terapia están disponibles para: individuos, grupos, familia, parejas, etc. y están disponibles para niños, adolescentes y adultos.
- **La psicoterapia para trastornos por consumo de sustancias** es un servicio autorizado por el IDPH que se incorpora a la psicoterapia para personas que tienen problemas relacionados con el alcohol, los medicamentos con receta y otras sustancias ilegales. Los psicoterapeutas que prestan este servicio concurrente están formados y acreditados en esta especialidad. Los niveles de atención prestados a los pacientes adultos y adolescentes incluyen servicios de Nivel I y Nivel II.
- **La evaluación psiquiátrica** es un servicio prestado por psiquiatras (MD o DO), asistentes médicos psiquiátricos o enfermeros profesionales para determinar el diagnóstico y/o determinar los beneficios de la terapia con medicamentos. Las citas durarán entre 30 y 60 minutos, en función de las necesidades. Este servicio puede prestarse por telemedicina o en persona. Este servicio está disponible para niños, adolescentes o adultos.
- **La gestión de la medicación** es proporcionada por psiquiatras (MD o DO), Asistentes Médicos Psiquiátricos, o Enfermeras Practicantes, y Enfermeras para prescribir y monitorizar la terapia de medicación psicotrópica (salud mental) incluyendo efectos secundarios o reacciones adversas, beneficios e interacciones que puedan ocurrir por el uso de otros medicamentos, sustancias y condiciones médicas. Las citas durarán entre 10 y 45 minutos, en función de las necesidades. Este servicio puede prestarse por telemedicina o en persona. Este servicio está disponible para niños, adolescentes o adultos.
- **La telesalud** es un método de prestación de servicios de salud conductual mediante telecomunicaciones interactivas. Se ofrece mediante una combinación de audio y vídeo interactivo en directo en la que el paciente y el profesional de salud mental no se encuentran en el mismo lugar. La telesalud proporciona acceso y comodidad a pacientes que, de otro modo, tendrían que recorrer una distancia mayor para acceder a los servicios de salud conductual.
- **Los servicios de urgencias** se prestan 24 horas al día, siete días a la semana. Las urgencias sin cita previa se atienden en horario de oficina. Las urgencias fuera de horario se gestionan mediante el sistema de guardia de Plains.
  - **Para acceder a los Servicios de Emergencia deberá seguirse el siguiente procedimiento:** Llame a cualquier oficina de Plains en horario de oficina o al número de atención fuera del horario de oficina (1-888-546-0730) cuando las oficinas estén cerradas. La línea de atención telefónica 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 emergencia potencialmente mortal, debe llamar al 911.

- **Los servicios de pruebas psicológicas** evalúan la capacidad intelectual, los logros, las destrezas, las habilidades, la personalidad y el estado mental de los individuos para ayudarles en su tratamiento y en la planificación de los servicios. Las pruebas psicológicas pueden utilizarse para ayudar a determinar el estado de incapacidad, las capacidades profesionales, la aptitud para el trabajo y los procedimientos quirúrgicos, así como las pruebas generales de funcionamiento. Generalmente se trata de un servicio breve de 1 a 3 consultas de duración variable.
- **Los Servicios de Apoyo Comunitario** ofrecen ayuda a los adultos que padecen una enfermedad mental grave para que maximicen su potencial y vivan de la forma más independiente 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 síntomas, la educación y el apoyo familiar, la creación de apoyos naturales y las oportunidades recreativas nocturnas y de fin de semana. Incluye el Servicio de Apoyo Comunitario, los servicios de Rehabilitación Diurna y a Domicilio, el Servicio de Vida Comunitaria con Apoyo y los Centros de Acogida.
- **Centros de acogida:** The Clubhouse (situado en Carroll, IA) y The Meeting Place (situado en Le Mars, IA) son sitios seguros para actividades recreativas y sociales dirigidas a personas con una enfermedad mental persistente diagnosticada. No tiene que estar involucrado con Plains Center para utilizar nuestros centros de acogida. Se ofrecen diversas actividades, como manualidades, billar, ordenadores, acceso a Internet, televisión y zonas para actividades en grupo. Además de la socialización y el ocio no estructurados, hay numerosas actividades estructuradas programadas a lo largo del mes, como celebraciones de cumpleaños, películas, grupos de desarrollo de habilidades/resolución de problemas, apoyo entre iguales, terapia artística, oradores invitados, juegos, reuniones de negocios y planificación, manualidades, fiestas navideñas y salidas a la comunidad.
- Se ofrece **asesoramiento y formación** a particulares y profesionales de toda el área de servicio en relación con las necesidades de salud mental de sus familias, empleados, pacientes, estudiantes y pacientes. Las presentaciones educativas están disponibles para organizaciones comunitarias, escuelas, empresas y el público en general que lo solicite.
- **Los Servicios Residenciales de Estabilización de Crisis** proporcionan servicios de estabilización de crisis a corto plazo a personas mayores de 18 años que cumplen los criterios de crisis de salud mental y no necesitan tratamiento de salud mental hospitalario. Cada persona será examinada por un médico del servicio de urgencias, un médico local o un proveedor de servicios psiquiátricos para determinar que se encuentra médicamente estable y en estado de crisis de salud mental.
- **Clínica comunitaria certificada de salud conductual (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC)** es un programa financiado con fondos federales para aumentar el acceso y mejorar la calidad de la salud mental, los trastornos por consumo 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 pruebas. Se recopilan determinados elementos de datos para informar al CCBHC sobre las deficiencias en el servicio y las áreas que necesitan mejoras.
- **Los Servicios Comunitarios de Estabilización de Crisis (CSCBS)** proporcionan servicios de estabilización de crisis a corto plazo a personas de la comunidad tras una crisis de salud mental para jóvenes de 18 años o menos o adultos de 18 años o más, que cumplan los criterios de crisis de salud mental y no necesiten tratamiento de salud mental hospitalario. Cada persona será remitida a los servicios comunitarios de estabilización de crisis a través de MCAT. No es necesario que las personas remitidas tengan el visto bueno médico para ser admitidas.
- **El Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT)** proporciona tratamiento comunitario y servicios de rehabilitación completos y eficaces 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.

- **El Equipo Móvil de Evaluación de Crisis (MCAT)** interviene in situ y en persona en casos de crisis de salud mental. Los servicios de respuesta móvil ofrecen respuesta a las crisis en el domicilio de la persona o en lugares de la comunidad.
- El **tratamiento asistido con medicación (MAT)** es el uso de medicamentos, en combinación con asesoramiento y terapias, para proporcionar un enfoque "integral" al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Entiendo** que, como en el caso de los servicios médicos, no se puede garantizar que se resuelvan las preocupaciones o problemas para los que solicito servicios. Dado que el tratamiento de salud mental es un esfuerzo cooperativo 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 molesto por naturaleza 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 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 y cada uno de los registros relativos a mi tratamiento si es necesario para la tramitación 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 derecho a inspeccionar los registros de salud mental relacionados con mi tratamiento bajo la supervisión de mi proveedor o administración en Plains. Tengo derecho a una copia de mi historial y a una copia electrónica de mi historial médico electrónico.
- **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 los demás. Esto puede incluir un informe al personal policial competente.
- **Entiendo** que puede haber otras circunstancias en las que la ley obligue a mi proveedor a revelar información confidencial, y así se indica en el Aviso de Privacidad que se me ha facilitado.
- **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. 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, si esta última es más larga.
- **Entiendo** que se pueden recopilar 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 Telesalud, puedo estar sujeto a ciertos riesgos, incluidos, entre otros, dificultades técnicas, interrupciones y posibles accesos no autorizados. Reconozco que tanto yo como mi clínico tenemos derecho a finalizar una sesión si la conexión de videoconferencia es inadecuada. Soy consciente de que las mismas leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de mi información médica se aplican a los servicios de telesalud, y que ni yo ni el proveedor podemos grabar las sesiones sin consentimiento por escrito. Entiendo que soy responsable de mantener mi propia privacidad (por ejemplo, utilizando un dispositivo seguro en un espacio privado), y que la telesalud puede no ser apropiada para todas las afecciones. Mi proveedor me

informará si se recomienda la atención en persona. Tengo derecho a rechazar o retirarme de los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte a mi acceso a futuros cuidados, servicios o prestaciones del programa.

- **Entiendo** que la comunicación a través de correo electrónico, mensajes de texto y otras tecnologías puede no ser completamente segura. Entiendo además que los profesionales de Plains no se involucrarán en servicios terapéuticos o de emergencia/crisis usando correo electrónico o mensajes de texto. Si tengo una emergencia o crisis de salud mental, entiendo que debo llamar a la Oficina de Plains donde me atienden o si es fuera del horario de atención, llamaré al número de Emergencia de guardia indicado anteriormente. Plains podrá hacer un uso limitado del correo electrónico o los mensajes de texto para, entre otras cosas, recordar citas o comunicar recursos adicionales o material educativo. Puedo optar por no recibir comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto poniéndome en contacto con Plains.
- **Entiendo** que los dispositivos de grabación de todo tipo están prohibidos en las instalaciones de todas las oficinas de Plains. No se permite la grabación de sesiones privadas de terapia o consulta de ninguna forma, lo que incluye las grabaciones telefónicas, a menos que todas las partes den su consentimiento.
- **Entiendo** que no puedo llevar armas a ningún lugar de Plains, ni siquiera con un permiso para portarlas.
- **Entiendo** que no se llevarán drogas ilegales ni alcohol a ningún establecimiento de Plains.
- **Entiendo que** si me recomiendan a los servicios de trastornos por uso de sustancias o co-ocurrentes, se me proporcionará más información sobre los niveles de atención, horas de operación, información sobre el VIH, e información sobre el tratamiento asistido con medicamentos (MAT).
- **Entiendo** que mi proveedor puede solicitar un análisis de orina con el fin de confirmar la medicación prescrita junto con pruebas de sustancias distintas a las prescritas. Si estoy tomando sustancias controladas o medicación programada II, estoy obligado a firmar un contrato con mi proveedor de reconocimiento y responsabilidades.

## **DERECHOS DEL PACIENTE**

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

- Todos los pacientes recibirán la misma calidad de atención sin distinción de raza, color, credo, sexo, edad, orientación sexual, condición social o económica, creencias políticas o tipo de problema. Se tienen en cuenta las barreras lingüísticas, las diferencias culturales y los déficits cognitivos, y se toman medidas para facilitar la participación significativa del paciente en los servicios.
- Las personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual y otras discapacidades del desarrollo tienen los mismos derechos fundamentales que todas las personas. Los derechos sólo pueden limitarse con el consentimiento informado del paciente, su tutor o las autoridades legales dentro de las siguientes directrices: el límite se basa en una necesidad individual identificada; se dispone de formación para satisfacer la necesidad identificada; se lleva a cabo una evaluación periódica del límite para determinar la necesidad continua de la limitación.
- Las personas que necesiten cualquier servicio prestado por Plains tienen derecho a que se les preste dicho servicio con la menor demora posible.
- Sólo se exigirá a una persona o familia información esencial para una prestación de servicios ordenada y productiva como condición para la prestación del servicio.
- Sólo se pedirá a los pacientes que participen en los procedimientos que sean esenciales para la prestación de una atención acorde con su(s) necesidad(es). Se informará a los pacientes de los costes de los servicios que se les ofrecen.

- Se proporcionará a los pacientes las descripciones de los peligros predominantes que puedan existir en cualquier procedimiento de tratamiento inusual. Plains no realizará ninguna investigación sin el consentimiento informado y por escrito del paciente.
- Se protegerá la identidad de los pacientes, a menos que la información deba comunicarse adecuadamente, tal como se indica en el Aviso de privacidad que se me ha facilitado.
- Las personas admitidas en atención ambulatoria voluntaria, de evaluación o de emergencia no serían inscritas, por ninguna acción rutinaria o administrativa, en un nivel de atención mayor sin una explicación completa o la oportunidad de participar en tales decisiones.
- Los pacientes tendrán derecho a rechazar cualquier servicio o método de tratamiento.
- Los pacientes tendrán derecho a ser tratados sin pérdida de dignidad, individualidad, intimidad o respeto.
- Se tratará a los pacientes de forma adecuada a su edad cronológica.
- Los pacientes tendrán la oportunidad de participar en la formulación del plan de tratamiento y en los servicios que Plains les preste. Los pacientes tienen derecho a una copia del plan de tratamiento actual. A cada paciente se le ofrecerá una copia de su plan de tratamiento.
- Los pacientes tienen derecho a tener una Directiva Psiquiátrica Anticipada y la expectativa razonable de que Plains siga la directiva en la medida de lo posible. Los pacientes deben informar a Plains con antelación de esta directiva.
- Los pacientes tendrán derecho a recibir una explicación comprensible de su diagnóstico y de los servicios prestados, incluidos los procedimientos implicados y los resultados y duración previstos de dichos procedimientos y servicios.
- Los pacientes tienen derecho a apelar las acciones o decisiones de los Plains relativas a las decisiones tomadas sobre su atención y servicios. Deberá seguirse el Procedimiento de Apelación/Reclamación, tal y como se indica en la sección Apelación/Reclamación que se encuentra más adelante.

## RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- **Entiendo que es mi responsabilidad** informar a mi médico de cabecera de cualquier medicamento recetado en el curso de mi tratamiento en Plains.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** informar a Plains que soy el tutor del paciente que está solicitando los servicios y proporcionar a Plains los documentos de tutela que comprueben que soy el tutor antes de que se puedan recibir los servicios.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** asistir a todas las citas programadas y avisar con al menos 24 horas de antelación si necesito cancelarlas. Las cancelaciones efectuadas con menos de 24 horas de antelación se considerarán como no presentación. Entiendo además que después de dos inasistencias, puedo estar sujeto a uno o ambos de los siguientes: (1) programar las citas psiquiátricas para el mismo día y/o (2) completar el grupo de Estrategias para el Éxito antes de continuar con los servicios de terapia. Durante este tiempo, no se me permitirá programar citas con antelación. También entiendo que tres o más citas perdidas, combinadas con la falta de seguimiento de la atención recomendada, pueden resultar en el alta de los servicios.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** ser honesto y proporcionar información precisa y completa sobre mí mismo, incluyendo 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** comprender mis problemas y los servicios que se me prestan. Si no comprendo mis problemas y los servicios que se me prestan, hablaré de ello con mi proveedor. Entiendo que el éxito del servicio requiere mi plena cooperación.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** seguir mi plan de tratamiento, según lo establecido por mí y mi proveedor de servicios, e informar a mi proveedor de cualquier cambio en mi condición o circunstancias que puedan afectar a mi plan de tratamiento.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** los resultados de mis decisiones incluyendo los que puedan resultar cuando me niego a seguir el plan de tratamiento y/o las instrucciones para conseguirlo.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** respetar los derechos, la privacidad y la propiedad del personal y de otros consumidores con los que pueda entrar en contacto mientras recibo servicios en Plains.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** abstenerme de hacer demandas irrazonables sobre el tiempo y los servicios del personal de Plains.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** seguir la política de NO ARMAS. Plains no permite armas de ningún tipo en ninguna de nuestras instalaciones y me comprometo a no portar ni traer un arma de ningún tipo a ninguna de las instalaciones de Plains.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** seguir el Procedimiento de Solicitud de Reabastecimiento de Medicamentos, o no podré obtener la renovación/reabastecimiento de la receta antes de que se acabe el medicamento. En general, Plains no autoriza reposiciones de medicamentos sin una visita con el prescriptor.
- **Entiendo que es mi responsabilidad** comprender los beneficios de mi seguro y acepto que las obligaciones financieras con Plains por los servicios prestados se liquidarán rápidamente. Además, entiendo que el pago debe realizarse en el momento de la prestación del servicio. Si no puedo cumplir con mis obligaciones financieras con Plains, puedo solicitar una consulta sobre las tarifas.

## TRATAMIENTO DE LOS HIJOS MENORES DE EDAD

- **Entiendo** que ambos progenitores conservan el derecho legal a recibir información sobre su hijo, a menos que se presente a Plains una prueba legal de que existe una orden de prohibición de contacto o de cese de la patria potestad. El progenitor no custodio tiene derecho a saber que su hijo está siendo tratado.
- **Entiendo** que el personal clínico de Plains no participa en la determinación de la custodia ni emite opiniones relativas a la custodia o a los regímenes de visitas.
- **Entiendo** que Plains facturará cualquier cantidad adeudada después del pago de terceros a la persona que firma este acuerdo. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar el pago de cualquier cantidad adeudada por el otro progenitor.
- **Entiendo** que el personal clínico de Plains son Informadores Obligatorios de Abuso Infantil y deben informar al Departamento de Salud y Servicios Humanos si sospechan 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.
- **Entiendo** que Plains Inc. requiere que un padre o tutor legal proporcione el consentimiento informado para el tratamiento de cualquier individuo menor de 18 años.

- **Entiendo que** un padre o tutor debe estar presente en el momento de la cita inicial para revisar y firmar toda la documentación requerida.
- **Entiendo** que para todos los servicios de salud mental (excluido el tratamiento de trastornos por uso de sustancias), el padre o tutor legal participará en el proceso de tratamiento, incluida la participación en la planificación, las actualizaciones de progreso y la coordinación de la atención, según corresponda.
- **Entiendo que** un padre o tutor debe estar presente en el momento de la cita de control psiquiátrico o de medicación.

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

### Entiendo y acepto las siguientes condiciones de pago por servicios profesionales en Plains:

- Es mi responsabilidad ponerme en contacto o responder a mi compañía de seguros para cualquier restricción o requisito. En caso contrario, deberé abonar la totalidad de la tasa.
- 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 presentar la solicitud. Seré responsable del pago de la tarifa completa en el momento del servicio.
- Para facilitar la información necesaria para tramitar reclamaciones a un tercero pagador. Esto puede incluir nombre, edad, sexo, dirección, número de seguro, número de paciente, diagnóstico, fechas de servicio, duración del servicio, nombre del proveedor, tipo de tratamiento prestado, y mi plan de tratamiento y notas de progreso, si elijo que los servicios sean facturados a mi plan de salud.
- Si tengo un seguro colectivo a través de mi empresa, el departamento de prestaciones de mi empresa puede recibir esta información.
- A menudo se exige un diagnóstico psiquiátrico para obtener el reembolso de terceros.
- Que mi(s) tercero(s) pagador(es) reembolsará(n) directamente a Plains los servicios prestados y facturados.
- Es mi responsabilidad completar el proceso de beca si solicito una reducción de tasas. Acepto pagar el porcentaje establecido y determinado por Plains.
- Que el pago y el copago son exigibles en el momento de la prestación del servicio, salvo que se haya establecido un plan de pagos.
- Si, a juicio del personal de Plains, mi información de ingresos ha sido reportada fraudulentamente, o si mi cuenta se vuelve morosa, entiendo que el personal de Plains tiene el derecho de divulgar mi nombre e información de cuenta a una agencia privada de cobranza. Entiendo además que si se me pasa a cobranza se me reintegrará y cobrará la tarifa completa por cada servicio.
- Que, si no efectúo los pagos conforme a los términos de este acuerdo, es posible que se requiera una conferencia sobre honorarios con el personal de Plains antes de que se presten más servicios profesionales al consumidor arriba mencionado.
- Presentaré una tarjeta de seguro actualizada y notificaré al personal de Plains cualquier cambio en mi seguro. Soy consciente de que se me cobrará la tarifa completa hasta que se facilite información actualizada.
- Es mi responsabilidad notificar al titular de la tarjeta de seguro, si no soy yo, que se facturará a su seguro o al

titular de la tarjeta de seguro el pago de estos servicios.

- Si los servicios están respaldados por terceros pagadores, dichos servicios pueden estar sujetos a auditorías por parte de representantes autorizados de dichos pagadores con el fin de verificar el hecho del servicio y doy mi consentimiento para que se revisen los servicios prestados con dichos fines. Asimismo, entiendo que dichas auditorías no implicarán compartir información distinta de la autorizada por las leyes estatales y federales, tal como se indica en el Aviso de privacidad que se me ha facilitado en relación con la divulgación de información sobre salud mental.
- Que, si un proveedor de servicios de Plains es citado u ordenado a comparecer ante el tribunal por mi abogado o el tribunal en relación con la citación, se cobrará la tarifa vigente establecida por hora para todo el tiempo fuera de la oficina. Los proveedores no reciben remuneración por su testimonio, pero sí por el tiempo que pasan fuera de su consulta en Plains. Las tarifas variables no se aplican a estas tasas. Entiendo además que se me cobrará a mí o a mi abogado una tasa por copiar, enviar por correo o fax cualquier registro en relación con una orden judicial o citación. Se cobrará una tasa por los informes/resúmenes/cartas que se presenten en relación con una orden o citación judicial.
- Se puede cobrar una tarifa por cualquier informe solicitado para actividades no relacionadas con el tratamiento, incluyendo, pero no limitado a Indemnización por Accidentes Laborales, Determinación de Incapacidad y determinaciones de aptitud para el trabajo.

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

- Entiendo que el seguro de Medicare o Medicaid no reembolsará tanto una terapia como un servicio psiquiátrico proporcionados el mismo día.
- Entiendo que, si tengo seguro de Medicaid, no se me puede cobrar ningún gasto de mi bolsillo por ningún servicio en Plains.

#### **INFORMACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD**

De acuerdo con las leyes estatales y federales, cualquier información que usted proporcione a cualquier miembro del personal de Plains 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 de seguridad. Sin embargo, hay excepciones a la plena confidencialidad. Las siguientes son excepciones generales a la confidencialidad total. Se le ha entregado una Notificación de Privacidad que le informa de las normas específicas de confidencialidad y de cómo puede divulgarse la información sobre usted.

- Todos los proveedores de servicios de Plains son informadores obligatorios de abusos a menores y adultos dependientes, y se informará al Servicio de Salud y Servicios Humanos (HHS) en caso de sospecha de tales abusos.
- Si un proveedor de servicios de Plains cree que un paciente está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otros, el proveedor de servicios de Plains actuará para evitar que ocurra el daño. Estas acciones pueden incluir el suministro de información sobre el consumidor a terceros.
- Los padres o tutores legales de un menor tienen derecho a recibir información sobre los servicios que se prestan al menor, con la excepción de la información sobre abuso/consumo de sustancias, en la mayoría de los casos. Las excepciones incluyen los casos en 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 no revelar información.
- Se puede divulgar información limitada sobre un paciente al que se le ha diagnosticado una enfermedad mental crónica a un cónyuge, padre, hijo adulto o hermano adulto si la divulgación es necesaria para ayudar en el cuidado o tratamiento del paciente, a menos que el paciente restrinja específicamente la divulgación a un

cónyuge o familiar o si se trata de información protegida 42 CFR Parte 2.

- Se presentarán informes periódicos al tribunal sobre el estado de los pacientes a quienes el tribunal haya ordenado recibir servicios en Plains.
- Los miembros del personal de Plains deben facilitar la información que exija una orden judicial.
- En ocasiones, los proveedores de Plains consultan con otros profesionales de la salud mental. Durante esas consultas, no se revela la identidad del paciente, y esos consultores están legalmente obligados a mantener la confidencialidad con respecto a esas consultas.
- Durante las encuestas o revisiones de acreditación, los representantes del Servicio de Salud y Servicios Humanos de Iowa (HHS) pueden comprobar los registros de los consumidores para verificar el cumplimiento de las normas estatales. Estos revisores están obligados a mantener la confidencialidad de toda la información sobre los consumidores.
- La confidencialidad de los registros e información de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias está protegida por la HIPAA y las normas sobre confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, que implementan las disposiciones legales federales, 42 U.S.C. 290dd-3 aplicables a los registros de pacientes con abuso de alcohol, y 42 U.S.C. 290ee-3 aplicables a los registros de pacientes con abuso de drogas. La confidencialidad de los registros y la información de los pacientes con problemas de ludopatía está protegida por la HIPAA, el capítulo 228 del Código de Iowa y la sección 22.7(35) del Código de Iowa.
- La Ley de Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") es una ley que protege la privacidad y seguridad de la información médica de los pacientes en cualquier lugar de Estados Unidos. Además, hay otras leyes federales y estatales que protegen la "información médica sensible", incluida la información relativa al VIH/SIDA; la salud mental o del comportamiento; las discapacidades del desarrollo; el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (alcohol y/o drogas); el maltrato o abandono de adultos o niños; y las pruebas y el asesoramiento genéticos.

## PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN/RECLAMACIÓN

Todos los pacientes que reciben servicios de Plains tienen derecho a expresar sus inquietudes sin temor a restricciones, interferencias, coacciones, discriminaciones, represalias o medidas de retaliación. 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 cliente que considere que ha sido objeto de un trato injusto tendrá derecho a presentar una apelación.

Será responsabilidad de las autoridades de Plains escuchar con prontitud y cortesía todas las apelaciones registradas de buena fe por los pacientes de los servicios prestados por Plains, 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 **procedimiento de apelación** es el siguiente:

1. En caso de desacuerdo entre un cliente y Plains, el paciente debe intentar primero tratar el asunto directamente con su proveedor de servicios.
2. En caso de que la disputa no pueda resolverse, el paciente o el proveedor de servicios podrán presentar la naturaleza de la disputa verbalmente o por escrito al Director Ejecutivo de Plains en un plazo de **cinco (5)** días hábiles tras la discusión del paciente con su proveedor de servicios.
3. El Director Ejecutivo, en un plazo de **cinco (5)** días hábiles, notificará entonces al proveedor de servicios y al paciente que el Director Ejecutivo tiene conocimiento de la disputa.

4. La documentación se introducirá en el expediente del paciente. Toda la correspondencia generada por la disputa se archivará en el expediente del paciente y formará parte permanente del expediente. El Director emitirá una decisión en un plazo de **cinco (5) días hábiles** a partir de la recepción inicial de la disputa.
5. En caso de que el Director no pueda resolver la disputa, lo comunicará por nota a ambas partes en el plazo de **cinco (5) días** antes indicado.
6. En caso de que el Director no esté desempeñando sus funciones, la reclamación se mantendrá hasta el regreso del Director.
7. La parte agraviada puede entonces optar por presentar la disputa al Presidente de la Junta Directiva.
8. Si es el paciente quien presenta la queja, deberá firmar una autorización para que el personal clínico de Plains pueda hablar sobre el caso, de modo que no se vulnere la confidencialidad y el miembro de la Junta pueda entender el asunto. Si el paciente se niega a firmar, la decisión del Director Ejecutivo se considerará definitiva. El Presidente dispone de **quince (15) días hábiles** para responder al demandante con una decisión que se hará por escrito.
9. En caso de que se firme la autorización y el Presidente de la Junta Directiva reciba la disputa, podrá optar por resolver la decisión (como se indica más arriba) o nombrar un subcomité de miembros de la Junta Directiva para que revise la disputa. La reunión debe celebrarse en **quince (15) días hábiles** y las decisiones deben emitirse en **cinco (5) días hábiles** a partir de la fecha de la audiencia por escrito con copia al paciente y a Plains.
10. Si la disputa es resuelta por el Presidente de la Junta Directiva o por un subcomité de la Junta Directiva, pero no es satisfactoria para ninguna de las partes, la Junta Directiva en pleno tomará una decisión sobre el asunto en una reunión programada regularmente en forma de voto mayoritario y la decisión se considerará definitiva en ese momento.
11. Los miembros de la Junta deben informar a cualquier paciente del procedimiento de reclamación en caso de que un consumidor acceda directamente a la Junta, antes de seguir el procedimiento de reclamación. El personal de Plains informará al paciente sobre sus derechos en relación con la queja.
12. Si el miembro de la Junta desea discutir el caso con el personal de Plains, entonces, el miembro de la Junta (y el personal de Plains, según corresponda) deberá hacer que el paciente firme una autorización antes de que tenga lugar cualquier discusión entre un miembro del personal de Plains y un miembro de la Junta. Esto último se incluye para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad.

El objetivo de incluir esta disposición es evitar, en la medida de lo posible, una reclamación formal e intentar resolver de manera informal cualquier queja o problema planteado por un cliente de Plains.

He leído, revisado y recibido una copia de la información anterior. Entiendo y acepto cumplir con la información anterior para todos los servicios que reciba en Plains. Mi firma a continuación certifica que he revisado, comprendido y aceptado la información descrita en este Consentimiento para Recibir Servicios.

---

Firma del paciente

Fecha

---

Firma del padre/madre/tutor legal (si procede)

Fecha

## Directivas Psiquiátricas Anticipadas

### 1. ¿Qué es un documento de directivas psiquiátricas anticipadas?

Una Directiva Psiquiátrica Anticipada (PAD) es un documento legal que permite a una persona dirigir su asistencia médica en caso de que se vuelva incapaz de tomar o comunicar decisiones médicas, incluida la asistencia médica mental.

### 2. ¿Cuáles son algunas de las ventajas de tener un PAD?

Disponer de una PAD tiene múltiples ventajas, como ofrecer un apoyo jurídico adicional a su derecho a elegir su propio tratamiento. Las PAD también le brindan la oportunidad de hablar sobre la planificación y la recuperación con familiares, amigos y proveedores, proporciona a los proveedores que no le conozcan bien información que les ayudará a prestarle una mejor atención, le permite dar su aprobación por adelantado sobre quién puede recibir o divulgar su información médica y puede establecer acuerdos legales para el cuidado de sus hijos, finanzas y mascotas en un momento de crisis.

### 3. ¿Puedo redactar un documento de directivas psiquiátricas anticipadas legalmente vinculante en el estado de Iowa?

Sí, nombrando a un agente. La ley de Iowa sobre poderes notariales duraderos para la atención médica le permite nombrar a un agente (llamado "apoderado") para que tome decisiones sobre la atención médica en su nombre si usted se vuelve incompetente para tomar esas decisiones por sí mismo. La "atención médica" puede incluir la atención de salud mental. El formulario recomendado para este fin se denomina Poder Notarial Duradero. Dicho formulario no es obligatorio, pero lo recomendamos.

### 4. Antes de seguir mi PAD, ¿necesitarían mis proveedores de atención de salud mental que un tribunal determinara que no soy competente para tomar una determinada decisión?

La ley no especifica ningún procedimiento concreto para la entrada en vigor de la PAD. En la práctica, su PAD se seguirá siempre que sus proveedores consideren que usted es incapaz de comprender o comunicar por sí mismo las decisiones de tratamiento.

### 5. ¿Dice algo la ley sobre cuándo pueden negarse mis proveedores de salud mental a seguir mi PAD?

Sí. Su proveedor podría negarse a seguir las instrucciones del apoderado en caso de urgencia. Una "emergencia" incluye una situación en la que se considera que una persona es un peligro para sí misma o para los demás.

Si desea más información o tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor de salud.

*\*Información anterior obtenida del National Resources Center on Psychiatric Advance Directives: <http://www.nrc-pad.org/states/iowa-faq> y del seminario web de SAMHSA: Recovery to Practice - Psychiatric Advance Directives, Siebert y Verna, 2016.*



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica protegida (PHI), incluidos los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD), y sus derechos en virtud de la ley federal, incluida HIPAA y 42 CFR Parte 2.

La Información Médica Protegida (PHI) es información que:

- Le identifica, y
- Se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura, tratamiento o pago de servicios

**Nuestras responsabilidades:** Las leyes federales y estatales nos imponen ciertas obligaciones y deberes como proveedor de atención médica cubierto con respecto a su Información Protegida.

En concreto, estamos obligados a:

- Proporcionarle este Aviso de Privacidad en cuanto a nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Mantener la privacidad de su información médica, que es información protegida de acuerdo con la HIPAA, 42 CFR Parte 2, y otros requisitos estatales y federales.
- Cumplir los términos de esta notificación;
- Notificarle si se produce una infracción que pueda haber puesto en peligro la privacidad o seguridad de su información.

**Sus derechos:** Las leyes federales y estatales le otorgan ciertos derechos con respecto a su Información Médica Protegida.

En concreto, tiene derecho a:

- Solicitar y obtener una copia en papel de este aviso
- Solicitar comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en lugares alternativos
- Solicitar inspeccionar y obtener una copia de su historial médico; no obstante, si existen motivos para denegarlo tras la revisión por parte de su proveedor de servicios, se le proporcionará una explicación de la decisión de denegar el acceso
- Solicitar una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información; sin embargo, Plains Area Mental Health, Inc no está obligado a aceptar una restricción solicitada
- Solicitar una modificación de sus datos médicos protegidos. Sólo podemos modificar la información que se ha producido por un empleado de Plains Area Mental Health, Inc. y puede ser denegada en ciertos casos. La solicitud de modificación puede realizarse mediante

una solicitud y completando un formulario facilitado por Plains Area Mental Health, Inc.

- Obtener una rendición de cuentas de determinadas divulgaciones por nuestra parte de su información protegida desde el 14 de abril de 2003. Se puede solicitar una rendición de cuentas rellenando un formulario facilitado por Plains Area Mental Health, Inc.
- Recibir notificación de infracción. Se le notificará si se produce una infracción que afecte a su PHI, incluidos los registros de trastornos por consumo de sustancias.
- Revocar su autorización para utilizar o divulgar información médica, salvo en la medida en que 1) ya se haya actuado 2) la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro médico

### Cómo se puede utilizar y divulgar su Información Protegida:

Podemos utilizar y divulgar su PHI para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO) según lo permitido por la ley. Determinadas divulgaciones, en particular las que afectan a los expedientes SUD, requieren su consentimiento por escrito, salvo que la ley permita lo contrario. La información divulgada para tratamientos, pagos y operaciones de asistencia médica puede volver a divulgarse de conformidad con la normativa HIPAA. Sin embargo, la legislación federal sigue protegiendo los expedientes de trastornos por consumo de sustancias contra el uso o la divulgación no autorizados.

Las leyes y normativas federales no protegen la información sobre:

- Un crimen cometido por usted ya sea en Plains Area Mental Health, contra cualquier empleador de Plains Area Mental Health o sobre cualquier amenaza de cometer tal crimen.
- Cualquier información relativa a sospechas de maltrato o negligencia infantil no sea denunciada en virtud de la ley estatal.

### Ejemplos de divulgación con fines de tratamiento, pago y operaciones médicas:

Limitamos los usos y divulgaciones de su información al mínimo necesario para lograr el fin previsto cuando así lo exige la ley.

**Fines de tratamiento:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para proporcionar, coordinar o administrar su atención. Esto puede incluir la comunicación con médicos, terapeutas, farmacias, gestores de casos y otros proveedores implicados en su atención.

*Ejemplo: Podemos proporcionar a su médico de cabecera una lista de medicamentos que le han sido recetados por el psiquiatra de Plains Area Mental Health Inc. para que su médico pueda tratar mejor sus problemas médicos.*

**Pago y operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar y recibir pagos por servicios. Esto incluye compartir información con compañías de seguros, Medicaid y servicios de facturación. En el caso de los expedientes SUD, la divulgación para el pago y las operaciones puede producirse con su consentimiento por escrito para TPO. Podemos utilizar y divulgar su PHI para operaciones tales como:

- Mejora de la calidad
- Formación del personal
- Licencias y acreditación

**Cobros:** Información necesaria para cobrar el pago de una cuenta pendiente. Recibirá un aviso especial antes de que revelemos información a agencias de cobro.

**Asociados comerciales/organizaciones de servicios cualificados:** Hay algunos servicios que se prestan en nuestra organización a través de contratos con asociados comerciales u organizaciones de servicios cualificados. Cuando se contratan estos servicios, podemos revelar su información médica a nuestro socio comercial u organización de servicios cualificada para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido y facturarle a usted o a su tercero pagador los servicios prestados. No obstante, para proteger su información médica, exigimos que el socio comercial o la organización de servicios cualificada salvaguarde adecuadamente su información.

#### **Otros usos y divulgaciones**

También podemos revelar su información cuando lo exija o lo permita la ley, entre otras cosas:

- Urgencias médicas
- Informes sobre salud y seguridad públicas
- Notificación de abusos o negligencias
- Órdenes judiciales o procedimientos judiciales
- Fines policiales
- Indemnización laboral y programas gubernamentales

**Emergencias:** La información sobre salud mental y trastornos por consumo de sustancias puede ser divulgada en cualquier momento a otro centro, médico o profesional de salud mental en casos de emergencia médica.

**Investigación y Supervisión de Salud:** Aunque Plains Area Mental Health, Inc. no se dedica a la investigación de forma regular, los proyectos de investigación pueden ser permitidos. La información de la salud mental se puede divulgar para conducir la investigación científica y la investigación de datos, las auditorías de la gerencia, o las evaluaciones del programa de Plains Area Mental Health Center. En la mayoría de los casos eliminaremos cualquier información que pueda identificarle y, las personas que realicen auditorías y evaluaciones también están obligadas a mantener la confidencialidad de su Información Protegida.

**Salud pública:** Según lo exija la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades legales o de salud pública responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

**Indemnización laboral:** Podemos divulgar información de salud en la medida autorizada por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación del trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

**Custodia de los hijos:** A menos que el tribunal ordene lo contrario en el decreto de custodia, u otra orden judicial, ambos progenitores tendrán acceso legal a la información relativa al menor, incluidos, entre otros, los expedientes médicos, educativos y policiales.

**Familiares:** Podemos divulgar su información médica a familiares y a aquellas personas que usted haya autorizado. Salvo que usted se oponga, podemos divulgar información médica a familiares

o representante(s) legal(es) que participe(n) en su asistencia o en el pago de la misma. Si usted no puede aceptar u objetar tal divulgación, nuestros profesionales de la salud, utilizando su mejor juicio, pueden divulgar información si se determina que es en su mejor interés según lo permitido por las leyes de confidencialidad. La información sobre el trastorno por uso de sustancias no será divulgada a miembros de la familia sin su consentimiento a menos que lo permita la ley (HIPAA y 42 CFR Parte 2).

**Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información médica para fines policiales según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. La legislación federal prevé la divulgación de sus datos sanitarios a un organismo de supervisión médica, una autoridad de salud pública o un abogado apropiados, siempre que un miembro del personal o un socio comercial considere de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilícita o que hemos infringido de otro modo las normas profesionales o clínicas y que estamos poniendo potencialmente en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

**Procedimientos judiciales:** Los registros, o los testimonios que transmitan el contenido de dichos registros, no se utilizarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo contra usted, a menos que se base en su consentimiento específico por escrito o en una orden judicial. Los registros sólo se utilizarán o divulgarán en virtud de una orden judicial después de que se le haya notificado a usted (el cliente) y/o al titular del registro, y se le haya dado la oportunidad de oír, cuando así lo exijan 42 USC§290dd-2 y 42 CFR Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación u otro mandato legal similar que obligue a la divulgación antes de que se utilice o divulgue el registro. Si se le ha impuesto un tratamiento a través del sistema jurídico penal (incluidos los tribunales de drogas, la libertad condicional o la libertad vigilada) y firma un consentimiento que autoriza la revelación de información a elementos del sistema jurídico penal como el tribunal, los agentes de libertad supervisada, los agentes de libertad condicional, los fiscales u otras fuerzas del orden, su derecho a revocar el consentimiento puede ser más limitado y debe explicarse claramente en el consentimiento que firme.

**Para más información o para ponerse en contacto con nosotros:** Para más información, o para recibir una copia de este aviso, póngase en contacto con el Jefe de Protección de Datos. Usted puede presentar una queja con respecto a violaciones de sus derechos de privacidad, incluyendo protecciones relacionadas con la confidencialidad de SUD bajo 42 CFR Parte 2 al Jefe de Protección de Datos en Plains Area Mental Health, Inc. o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles. No se le penalizará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

#### **Contacto:**

**Jefe de Protección de Datos**

**PO Box 70 o 712-546-4624 Le Mars, IA 51031**

**Fecha de entrada en vigor: 16/02/2026**

**Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho a modificar este Aviso en cualquier momento. Puede solicitar en cualquier momento una copia actualizada de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.**