



### **Mensaje a los consumidores:**

Tenga en cuenta que este paquete está destinado a guiarlo durante su entrevista telefónica y evaluación con nuestro personal.

No hay necesidad de llenar este paquete como será para su referencia.

Por favor llama (559) 582-4481

**Por Favor Tenga En Cuenta Los Dias y Horarios de Las Evaluaciones Telefonicas:**

Lunes: 8:00am - 2:00pm

Miercoles: 8:00am - 2:00pm

Jueves: 8:00am - 2:00pm

Viernes: 8:00am - 2:00pm

## Formulario demográfico

Las áreas sombreadas indican una Búsqueda mesa está disponible

|                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                       |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| TARJETA DE ÍNDICE - TODAS LAS MAYÚSCULAS                                                                                                         |                                     |                                                                                       |            |
| Número de cliente:                                                                                                                               |                                     |                                                                                       |            |
| Nombre de clasificación:                                                                                                                         |                                     |                                                                                       |            |
| Apellido,                                                                                                                                        |                                     | Primer Nombre                                                                         | Medio      |
| Nombre legal:                                                                                                                                    |                                     |                                                                                       |            |
| *Apellido:                                                                                                                                       |                                     | *Nombre:                                                                              |            |
| Medio:                                                                                                                                           |                                     | Sufijo:                                                                               |            |
| *Fecha De Nacimiento:                                                                                                                            |                                     | Número de Seguro Social:                                                              |            |
| INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE - caso de la sentencia de uso                                                                          |                                     |                                                                                       |            |
| Fecha de entrada en vigor:                                                                                                                       |                                     | Estado de admisión: <input type="radio"/> Admitir <input type="radio"/> Pre-Registro  |            |
| *(6) Fuente de referencia: Círculo Uno                                                                                                           |                                     | Teléfono de referencia:                                                               |            |
| (1) Propio                                                                                                                                       | (11) Hospital                       | (28) Proveedor de Atención Primaria                                                   |            |
| (2) Familia                                                                                                                                      | (13) Cárcel                         | (29) Escuela/Colegio                                                                  |            |
| (3) Amigos                                                                                                                                       | (21) Programa de personas sin hogar | (33) MHSA                                                                             |            |
| (4) Empleador                                                                                                                                    | (24) / SNF Convalescent Hospital    | (34) CALWORKS                                                                         |            |
| (5) Otros                                                                                                                                        | (25) DSS                            | (41) CPS                                                                              |            |
| (9) Hospitales Psiquiátrico                                                                                                                      | (26) Libertad condicional           | (42) Libertad condicional                                                             |            |
|                                                                                                                                                  | (27) Fuera de AOD                   | (99) Desconocido/No Reportado                                                         |            |
| *Nombre de nacimiento (si es diferente de lo anterior):                                                                                          |                                     |                                                                                       |            |
| Apellido:                                                                                                                                        |                                     | Nombre:                                                                               |            |
| Medio:                                                                                                                                           |                                     | Sufijo:                                                                               |            |
| *Dirección física:                                                                                                                               |                                     | Apt. N.o:                                                                             |            |
| *Ciudad/Estado/Zip:                                                                                                                              |                                     | *(21) Condado:                                                                        |            |
| *Teléfono del hogar:                                                                                                                             |                                     | Teléfono de trabajo:                                                                  | Ext.       |
| teléfono celular:                                                                                                                                |                                     |                                                                                       |            |
| *Dirección postal:                                                                                                                               |                                     | Apt. N.o:                                                                             |            |
| *Ciudad/Estado/Zip:                                                                                                                              |                                     |                                                                                       |            |
| *Licencia de conducir: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                         |                                     | Número de Licencia:                                                                   | Estado:    |
| *Número de Seguro Social: (Si no se ha introducido el SSN arriba)                                                                                |                                     | (8) Razón SSN no proporcionada: (*Si el SSN está en blanco)                           |            |
| *(7) Género: Círculo Uno<br>(F) Mujer (M) Hombre (O) Otro (T) Transgénero                                                                        |                                     | *Fecha De Nacimiento: <input type="radio"/> ¿Actual? <input type="radio"/> ¿Estimado? |            |
| Nacido en EE.UU.: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                              |                                     |                                                                                       |            |
| Nacido en California : <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No                                                                         |                                     |                                                                                       |            |
| Lugar de nacimiento:                                                                                                                             | *(21) Condado:                      | *(22) Estado:                                                                         | (23) País: |
| *Nombre de la madre                                                                                                                              |                                     |                                                                                       |            |
| *(9) Estado civil: Círculo Uno<br>(D) Divorciado/Anulado (M) Casado (N) Nunca Casado (P) Pareja Doméstica (S) Separado (W) Viuda (U) Desconocida |                                     |                                                                                       |            |
| *(10) Etnia: Círculo Uno                                                                                                                         |                                     |                                                                                       |            |
| (1) No hispano                                                                                                                                   | (3) Cubano                          | (5) Otros hispanos / latinos                                                          |            |
| (2) Mexicano/Mexicano-Americano                                                                                                                  | (4) Puertorriqueño                  | (7) Desconocido / No Reportado                                                        |            |

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

Número de cliente: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                  |                                                       |                                               |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>*(11) Raza: Círculo Uno</b>                                                                                   |                                                       |                                               |                                |
| (3) Mien                                                                                                         | (F) Filipino                                          | (N) Nativo Americano                          | (V) Vietnamita                 |
| (4) Otros isleños del Pacífico                                                                                   | (G) Guamanía                                          | (O) no blanco – Otros                         | (W) Blanco                     |
| (A) Asiático – Otros                                                                                             | (H) Nativo hawaiano                                   | (P) Laosiano                                  | (Y) Hmong                      |
| (B) Negro / Afroamericano                                                                                        | (I) Camboyano                                         | (Q) SE Asiático – Otros                       | (U) Desconocido / No Reportado |
| (C) Chino                                                                                                        | (J) Japonés                                           | (R) Samoan                                    |                                |
| (D) Indio Asiático                                                                                               | (K) Coreano                                           | (T) Esquimal / Nativo de Alaska               |                                |
| <b>*(12) Idioma primario: Círculo Uno</b>                                                                        |                                                       |                                               |                                |
| (1) Signo americano                                                                                              | (C) Dialecto chino                                    | (K) Coreano                                   | (S) Español                    |
| (2) Otro signo                                                                                                   | (D) Camboyano                                         | (L) Lao                                       | (T) Turco                      |
| (3) Samoan                                                                                                       | (E) Inglés                                            | (M) Mien                                      | (V) Vietnamita                 |
| (4) Otros chinos                                                                                                 | (F) Francés                                           | (N) Tailandés                                 | (W) Dialecto filipino          |
| (5) Tagalog                                                                                                      | (G) Cantonés                                          | (O) Otros no ingleses                         | (X) Hmong                      |
| (6) Mandarín                                                                                                     | (H) Hebreo                                            | (P) Polaco                                    | (Y) Ilocano                    |
| (A) Armenio                                                                                                      | (I) Italiano                                          | (Q) Farsai                                    | (Z) Portugués                  |
| (B) Árabe                                                                                                        | (J) Japonés                                           | (R) Ruso                                      | (U) Desconocido / No Reportado |
| <b>*(13) Método de comunicación: Círculo Uno</b>                                                                 |                                                       |                                               |                                |
| (C) Dispositivo de comunicación                                                                                  | (S) Lenguaje de señas                                 | (V) Verbal                                    |                                |
| (H) Traductor – Hmong                                                                                            | (T) Traductor – Español                               | (X) Traductor - Otros                         |                                |
| <b>*(12) Idioma preferido (individual): Indicar código (de prim lang arriba) _____</b>                           |                                                       |                                               |                                |
| <b>** (12) Idioma preferido (Caretaker): Indicar código (de prim lang arriba) _____</b>                          |                                                       |                                               |                                |
| <b>*Intérprete necesario?    Sí No ○ ○</b>                                                                       |                                                       |                                               |                                |
| <b>*(14) Estado laboral: Círculo Uno</b>                                                                         |                                                       |                                               |                                |
| (1) Trabajo Comp 35+ horas/semana                                                                                | (8) Estudiante de tiempo completo                     | (F) No en la fuerza laboral                   |                                |
| (2) Trabajo Comp <20 horas/semana/                                                                               | (9) Capacitación laboral                              | (H) Residente / Recluso                       |                                |
| (3) Trabajo Comp 20-35 horas/semana                                                                              | (A) Escuela PT / Capacitación laboral                 | (I) Trabajo sin compensación 35+ horas/semana |                                |
| (4) Ama de casa                                                                                                  | (B) Voluntario                                        | (J) Trabajo no-Comp < 35 horas/semana         |                                |
| (5) Rehabilitación 35+ horas/semana                                                                              | (C) Desempleados, que buscan trabajo                  | (K) Otros                                     |                                |
| (6) Rehabilitación < 20 horas/semana                                                                             | (D) Desempleados, no buscando trabajo                 | (U) Desconocido / No Reportado                |                                |
| (7) Rehabilitación 20-35 horas por semana                                                                        | (E) Retirado                                          |                                               |                                |
| <b>*(15) Arreglo de Vida: Círculo Uno</b>                                                                        |                                                       |                                               |                                |
| (01) Familia                                                                                                     | (13) Casa o Apt con Supervisión                       | (25) Asignación temporal                      |                                |
| (02) Solo                                                                                                        | (14) Vivienda apoyada                                 | (26) Sin hogar – En tránsito                  |                                |
| (03) Hogar De Foster – Niño                                                                                      | (15) Residencial Treatment Center                     | (27) SNF / ICF / IMD para psiquimicos         |                                |
| (04) SRO – hotel, motel, casa de habitación                                                                      | (16) Centro de tratamiento de comunicaciones          | (28) Centro médico – Hospital                 |                                |
| (05) GP Quarters – dorm, brks, mig camp                                                                          | (17) Rehabilitación Residencial / Social para Adultos | (29) Centro Correccional – Adulto             |                                |
| (06) Inicio del Grupo                                                                                            | (18) State Hospital                                   | (30) Centro Correccional – Menor              |                                |
| (07) CASA CRTS L/T trn                                                                                           | (19) Hospital VA                                      | (31) Sin hogar : no hay res del condado       |                                |
| (08) Vivienda por satélite                                                                                       | (20) SNF / ICF / NH Salud Física                      | (32) Otras instituciones                      |                                |
| (09) Alt Hospital 6 camas o menos                                                                                | (21) Centro de Rehabilitación MH                      | (33) Amigo / Otros                            |                                |
| (10) 7 camas o más Alt Hospital                                                                                  | (22) PHF / Psiquiátrico hospitalario                  | (34) Junta y Cuidado                          |                                |
| (11) Casa o Apartamento                                                                                          | (23) Vida sobria                                      | (99) Otros                                    |                                |
| (12) Casa o Apt con Apoyo                                                                                        | (24) Especialidad Transición                          | (98) Desconocido / No Reportado               |                                |
| <b>*Número de niños menores de 18 años que el cliente cuida/responsables por el 50% o más del tiempo?</b>        |                                                       |                                               |                                |
| <b>*Número de dependientes mayores de 18 años que el cliente cuida/responsables por el 50% o más del tiempo?</b> |                                                       |                                               |                                |
| <b>*(16) Educación (grado más alto completado):</b>                                                              |                                                       | <b>Educación Especial: ○ Sí ○ No</b>          |                                |
| <b>Distrito de Residencia:</b>                                                                                   |                                                       |                                               |                                |
| <b>*(18) Discapacidad: Círculo Uno</b>                                                                           |                                                       |                                               |                                |
| (D) Discapacitados para el desarrollo                                                                            | (H) Audición                                          | (O) Otra discapacidad (no AOD)                | (V) Visión                     |
| (E) Salud mental                                                                                                 | (M) Movilidad                                         | (S) Discurso                                  | (N) Ninguno                    |
| <b>*Veterano: ○ Sí ○ No</b>                                                                                      |                                                       | <b>Sucursal:</b>                              |                                |

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

Número de cliente: \_\_\_\_\_

## Formulario demográfico

Las áreas sombreadas indican una Búsqueda mesa está disponible

|                             |          |        |  |
|-----------------------------|----------|--------|--|
| Alias/Nombre de la doncella |          |        |  |
| Apellido:                   | Primero: | Medio: |  |
| Apellido:                   | Primero: | Medio: |  |
| Apellido:                   | Primero: | Medio: |  |
| Apellido:                   | Primero: | Medio: |  |

|                                           |                              |  |
|-------------------------------------------|------------------------------|--|
| Información de notificación de emergencia |                              |  |
| *Nombre:                                  | *(17) Relación: Ver página 4 |  |
| Dirección:                                | Teléfono del hogar:          |  |
| Ciudad/Estado/Zip:                        | Teléfono de trabajo:         |  |
| Lugar de Empleo:                          |                              |  |

|                                               |                                    |  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN LEGAL                             |                                    |  |
| *(24) Consentimiento Legal: Véase la página 4 |                                    |  |
| **Persona responsable:                        | **(17) Relación: Véase la página 4 |  |
| Dirección:                                    | Teléfono:                          |  |
| Ciudad/Estado/Zip:                            |                                    |  |
| Teléfono de empleo:                           | Lugar de Empleo:                   |  |
| SSN de la parte responsable:                  |                                    |  |

|                                            |           |      |  |
|--------------------------------------------|-----------|------|--|
| INFORMACION MEDICA - está bien para saltar |           |      |  |
| Médico Personal:                           | Teléfono: | Fax: |  |
| Dirección:                                 |           |      |  |
| Ciudad/Estado/Zip:                         |           |      |  |
| Farmacia:                                  | Teléfono: | Fax: |  |
| Preferencia Hospitalaria:                  |           |      |  |

|                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN DE LA DIRECTIVA ANTICIPADA                                                    |  |
| ¿Se ha dado la directiva anticipada?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/> |  |

|                                                                                                                                                                                                 |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CLIENTE                                                                                                                                                             |  |
| ¿Podemos dejar el mensaje en casa?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>                                                                                                         |  |
| ¿Podemos dejar el mensaje en el trabajo?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>                                                                                                   |  |
| ¿Podemos dejar el mensaje a través del contacto de emergencia?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>                                                                             |  |
| ¿Podemos dejar un mensaje en su celular?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>                                                                                                   |  |
| ¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>                                                                                        |  |
| NPP dado?    Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/> Formulario Fecha Firmada:                                                                                                        |  |
| BHA – Formulario de consentimiento: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fecha Firmada:                                                                      |  |
| Obtenido por (Nombre de la agencia):                                                                                                                                                            |  |
| Si no podemos ponernos en contacto con usted por correo, ¿qué es una dirección alternativa o un método de contacto para enviarle información clínica, como cartas e información de facturación? |  |

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

Número de cliente: \_\_\_\_\_



## Formulario demográfico

Las áreas sombreadas indican una Búsqueda mesa está disponible

|                                                                                                    |                      |        |         |  |  |                          |                          |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|---------|--|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Firma del personal obteniendo información: quién llenó el formulario                               |                      |        |         |  |  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> N/A |
| *ID de personal                                                                                    | *Nombre del personal | *Fecha | *Tiempo |  |  |                          |                          |                           |
| Firma del personal que introduce información (si es diferente de la anterior):                     |                      |        |         |  |  |                          |                          |                           |
|                                                                                                    |                      |        |         |  |  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> N/A |
| *ID de personal                                                                                    | Nombre del personal* | *Fecha | *Tiempo |  |  |                          |                          |                           |
| Clave: *Campo requerido ** Si la selección de 'Estado legal' es Adulto con tutor o menor con tutor |                      |        |         |  |  |                          |                          |                           |

|                        |                            |                                                                      |                                              |
|------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| (17) Tipos de relación |                            | (24) Consentimiento legal<br>(CSI – Estado de la Conservación/Corte) |                                              |
| ID                     | Descripción                | ID                                                                   | Descripción                                  |
| A                      | Tía/Tío                    | 9                                                                    | no aplicable                                 |
| B                      | Padre                      | A                                                                    | Conservación Temporal                        |
| C                      | Hijo/a                     | B                                                                    | Lanternman–Petris-Short                      |
| D                      | Guardian                   | C                                                                    | Murphy                                       |
| E                      | Pareja                     | D                                                                    | testamentario                                |
| F                      | Padre Adoptivo             | E                                                                    | PC 2974                                      |
| G                      | Abuelo/a                   | F                                                                    | Beneficiario representativo sin conservación |
| H                      | Primo/a                    | G                                                                    | Juvenile Crt Dependiente de Crt              |
| I                      | Cuidador                   | H                                                                    | Juvenile Crt, Estado del barrio desactivado  |
| J                      | Hermano/a                  | I                                                                    | Juvenile Crt, Ward Juv Off                   |
| L                      | Sobrino/a                  | 0                                                                    | desconocido / No reportado                   |
| M                      | Madre                      |                                                                      |                                              |
| N                      | Amigo/a                    |                                                                      |                                              |
| O                      | Otra Relación              |                                                                      |                                              |
| P                      | Propio                     |                                                                      |                                              |
| Q                      | Representante Legal        |                                                                      |                                              |
| S                      | Padrastra/Madrastra        |                                                                      |                                              |
| X                      | Socio Domestico            |                                                                      |                                              |
| R                      | Desconocido / No reportado |                                                                      |                                              |

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

Número de cliente: \_\_\_\_\_

## MEDICINA RECETADA

## KINGS VIEW



Favor de listar las recetas tomadas en los últimos seis (6) meses.

Marque aquí si ninguna ☐

| Droga-No. de Receta, Nombre, Fuerza | Ordenes |
|-------------------------------------|---------|
|                                     |         |
|                                     |         |
|                                     |         |
|                                     |         |
|                                     |         |
|                                     |         |

¿A tomado usted medicina recetada a alguien mas? Si ( ) No ( ) Si contesto Si, de el nombre de la medicina y el motivo por que fue tomada.

¿A tomado una medicina que lo ha enfermado? Si ( ) No ( ) Si contesto Si, explique

¿Ha tenido efectos secundarios o efectos indeseables de medicinas que usted a tomado? Si ( ) No ( ) Especifique

## MEDICINA SIN RECETA (Sobre el mostrador)

Llene los nombres de las medicinas tomadas para lo siguiente. Marque la caja cual mejor describa la frecuencia.

| Problema                   | Nombre de la medicina | Regular | Raramente | Nunca | Problema                  | Nombre de la medicina | Regular | Raramente | Nunca |
|----------------------------|-----------------------|---------|-----------|-------|---------------------------|-----------------------|---------|-----------|-------|
| PARA CATARRO Y TOS         |                       |         |           |       | PARA INDIGESTIÓN          |                       |         |           |       |
| PARA ASMA                  |                       |         |           |       | PARA DORMIR               |                       |         |           |       |
| PARA ESTREÑIMIENTO         |                       |         |           |       | PARA PROBLEMAS DE LA PIEL |                       |         |           |       |
| PARA DIARREA               |                       |         |           |       | PARA DIETA                |                       |         |           |       |
| PARA DOLOR DE CABEZA/DOLOR |                       |         |           |       | PARA MANTENERSE DESPIERTO |                       |         |           |       |
| PARA NERVIOSIDAD/TENSION   |                       |         |           |       | VITAMINAS                 |                       |         |           |       |
| OTRO                       |                       |         |           |       | HIERBAS/HOMEOPÁTICOS      |                       |         |           |       |

## ALERGIAS:

| Es usted alérgico a:  | No | Si | Si contesto si, nombre la sustancia especifica y describa la reacción. |
|-----------------------|----|----|------------------------------------------------------------------------|
| ¿ALGUNA MEDICINA?     |    |    |                                                                        |
|                       |    |    |                                                                        |
| ¿ALGUNA COMIDA?       |    |    |                                                                        |
|                       |    |    |                                                                        |
| ¿CUALQUIER OTRA COSA? |    |    |                                                                        |
|                       |    |    |                                                                        |

¿Nunca a tenido

☐ Fiebre del heno☐ Asma☐ Sarpullido☐ Eccema?

¿Algún miembro de su familia tiene alergias?

☐ Madre☐ Padre☐ Hermana☐ Hermano

## HABITOS DE TOMAR:

| Usted Toma | No | Si | Regular | Raramente | Ultima vez que lo tomo |
|------------|----|----|---------|-----------|------------------------|
| CAFÉ       |    |    |         |           |                        |
| TE         |    |    |         |           |                        |
| COCA/PEPSI |    |    |         |           |                        |
| CERVEZA    |    |    |         |           |                        |
| VINO       |    |    |         |           |                        |
| LICOR      |    |    |         |           |                        |

¿Esta usted en una dieta especial?

☐ No ☐ Si Si contesto Si, describa

## HABITOS SOCIALES/RECREACIONES:

| ¿Lo Hace o Lo ha Hecho?                                 | No | Si | Si, identifique la sustancia especifica, cantidad y frecuencia. |
|---------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------|
| Fumado cigarrillo                                       |    |    |                                                                 |
| Fumado marihuana                                        |    |    |                                                                 |
| Tomado alucinógenos: fenciclidina o cristal             |    |    |                                                                 |
| Tomado depresores: durmientes, valium                   |    |    |                                                                 |
| Tomado anfetaminas: cocaína, metanfetaminas             |    |    |                                                                 |
| Tomado narcóticos: heroína, codeína oxycodona, vi codin |    |    |                                                                 |
| OTRO                                                    |    |    |                                                                 |

Firma del Consumidor: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(Firma del Padre o Guardián si el Consumidor es un niño o joven)

|           |                |                       |
|-----------|----------------|-----------------------|
| APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: | NUMERO DE EXPEDIENTE. |
|-----------|----------------|-----------------------|

## HISTORIAL DE DROGA Y ALERGIA



# GUÍA PARA

## Servicios de Salud Mental de Medi-Cal





***Si tiene una emergencia, llame al 9-1-1 o visite la sala de emergencias del hospital más cercano.***

***Si desea información adicional que lo ayude a decidir si se trata de una emergencia, consulte la información sobre el Estado de California en la página 6 de este folleto.***



### **Números de Teléfono Importantes**

Emergencia ..... 911

Servicios de Orientación y ....(559) 582-4481

Revisión de Kings para el

Condado de Kings Emergencia Fuera de Horas

de Oficina.....(800) 655-2553 **24-horas**



### **Cómo Conseguir un Directorio de Proveedores:**

Usted puede pedir, y su Plan de Salud Mental (MHP) le debería entregar, un directorio de personas, clínicas y hospitales donde puede recibir servicios de salud mental en su área. Éste se llama una “lista de proveedores” y contiene nombres, números telefónicos y direcciones de doctores, terapeutas, hospitales y otros lugares donde puede obtener ayuda. Quizás necesite contactar a su MHP primero, antes de buscar ayuda. Llame las 24 horas al número gratuito de su MHP antes mencionado, para pedir un directorio de proveedores y preguntar si necesita contactar al MHP antes de ir al consultorio, clínica u hospital de un proveedor de servicio, para solicitar ayuda



### **¿En Qué Otros Idiomas y Formatos Están Disponibles Estos Materiales?**

Este folleto (o información) esta disponible en Español. Usted puede solicitarlo llamando al número de teléfono gratuito mencionado anteriormente.

# Introducción a los Servicios de Salud Mental de Medi-Cal

## ¿Para qué me entregan este Folleto?

Usted está recibiendo este folleto porque está autorizado para obtener Medi-Cal y saber acerca de los servicios de salud mental que el Condado de Kings le ofrece y cómo recibir estos servicios si los necesita.

Si actualmente está recibiendo los servicios del Condado de Kings, este folleto le da mayor información sobre cómo funcionan las cosas. Este folleto le informa sobre los servicios de salud mental, pero no cambia los servicios que usted está recibiendo. Quizás quiera guardar este folleto para leerlo nuevamente.

Si no está recibiendo estos servicios actualmente, quizás quiera guardar este folleto en caso de que usted, o alguien que usted conozca, necesite saber acerca de los servicios de salud mental en el futuro.

**Si tiene problemas para entender este folleto, llame al MHP al (800) 655-2553 para pedir ayuda o para averiguar otras formas de obtener esta importante información.**

## ¿Qué es una Emergencia de Salud Mental?

**Una emergencia es un problema mental o emocional serio, tal como:**

Cuando una persona es un peligro para sí misma u otros debido a lo que parece ser una enfermedad mental, o

Cuando una persona no puede obtener o utilizar los alimentos, ropa o cobijo que necesita debido a lo que parece ser una enfermedad mental.

**En caso de emergencia, llame al 9-1-1 o lleve a la persona a la sala de emergencias de un hospital.**

## ¿Cómo Utilizo Este Folleto?

Este folleto le ayudará a conocer qué son los servicios especializados de salud mental, quién puede recibirlos y cómo puede recibir ayuda del MHP del Condado de Kings.

Este folleto tiene dos secciones. La primera sección le informa cómo recibir ayuda del MHP del Condado de Kings y cómo funciona.

La segunda sección es del Estado de California y le da una información más general sobre los servicios especializados de salud mental. Le informa sobre cómo obtener otros servicios, cómo resolver problemas y cuáles son sus derechos según el programa.

Este folleto también le informa sobre cómo obtener información acerca de los doctores, clínicas y hospitales que el MHP del Condado de Kings utiliza para brindar servicios y dónde están ubicados.

## ¿Cuál es el Plan de Salud Mental (MHP) de Mi Condado?

Los servicios de salud mental están disponibles para las personas que se encuentran en Medi-Cal, incluyendo niños, jóvenes, adultos y adultos mayores en el Condado de Kings.

Algunas veces estos servicios están disponibles a través de su doctor regular. Algunas veces los brinda un especialista, y se llaman servicios 'especializados' de salud mental. Estos servicios especializados se brindan a través del "Plan de Salud Mental" o MHP del Condado de Kings, que es diferente de su doctor regular. El MHP del Condado de Kings funciona según las normas establecidas por el Estado de California y el gobierno federal. Cada condado en California tiene su propio MHP.

Si usted considera que tiene un problema de salud mental, puede contactar al MHP del Condado de Kings directamente al **(800) 655-2553**. Éste es un número de teléfono gratuito, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana. Se dispone de interpretación verbal y oral de sus derechos, beneficios y tratamientos en el idioma de su preferencia. No necesita ver a su doctor regular primero ni obtener un permiso o una referencia antes de llamar.

Si usted cree que se beneficiaría de los servicios especializados de salud mental y que está autorizado para Medi-Cal, el MHP del Condado de Kings lo ayudará a averiguar si puede recibir tratamientos y servicios de salud mental. Si desea obtener mayor información acerca de los servicios específicos, consulte las secciones sobre 'Servicios' en el Estado de California, página 9 de este folleto.

## ¿Qué Sucede si Tengo Problemas para Recibir Ayuda?

Si tiene problemas para recibir ayuda, llame las 24 horas del día al número de teléfono gratuito del MHP del Condado de Kings al **(800) 655-2553**. También puede llamar a su Departamento de Protección de los Derechos del Paciente de su condado al **(559) 309-9173**.

**Si eso no soluciona su problema, puede llamar al  
Defensor del Pueblo del Estado de California para obtener ayuda:  
(800) 896-4042 - CA Solamente  
(916) 654-3890  
(800) 896-2512 TTY  
FAX: (916) 653-9194  
EMail: ombudsman@dmh.ca.gov**



**También puede  
solicitar una  
Audencia de  
Estado Justa. Por  
favor, consulte la  
página 26 en la  
sección del Estado  
de California de  
este folleto para  
mayor información.**





# Índice

## Condado de Kings

Condado  
de Kings

### **Bienvenidos al Plan de Servicios de Consejería del Condado de Kings** ..... 1

#### **Información Básica de Emergencia**

- Números de Teléfono Importantes ..... 2
- ¿Cómo Reconozco Si Alguien Necesita Ayuda de Inmediato? ..... 2
- ¿Qué Servicios Especializados de Salud Mental Brinda el Condado de Kings? ... 2

#### **Servicios/ Información del Plan de Salud Mental del Condado de Kings**

- ¿Cómo Obtengo Estos Servicios? ..... 3
- ¿Qué Significa Estar "Autorizado" a Recibir Servicios de Salud Mental?  
Y ¿Cuál es la Cantidad, Duración y Alcance de los Servicios Brindados? . 3
- ¿Cómo Obtengo Mayor Información Sobre Doctores, Terapeutas,  
Clínicas y Hospitales? .. ..... 4
- ¿En qué Otros Idiomas y Formatos se Dispone de Estos Materiales? ..... 4
- ¿Puedo Ver a Cualquier Doctor, Terapeuta, Clínica u Hospital que  
Aparezca en la "Lista de Proveedores"? ..... 4
- ¿Qué Sucede si Deseo Cambiar de Doctor, Terapeuta o Clínica? ..... 4
- ¿Cómo Obtengo una "Lista de Proveedores"? ..... 4
- ¿Puedo Utilizar la "Lista de Proveedores" Para Conseguir a Alguien que me  
Ayude? ..... 4
- ¿Qué Sucede si Deseo Ver a un Doctor, Terapeuta, Clínica u  
Hospital que No Aparece en la "Lista de Proveedores" del  
Condado de Kings?" ..... 5
- ¿Qué Sucede si Necesito Servicios de Salud Mental de Urgencia  
un Fin de Semana o Por las Noches? ..... 5
- ¿Cómo Obtengo Servicios de Salud Mental que Mi Proveedor de  
Salud Mental No Ofrece? ..... 5
- ¿Qué Sucede si Necesito Ver a un Doctor por Otro Motivo que No Sea el  
Tratamiento de Salud Mental? ..... 5
- ¿Qué Puedo Hacer Si No Estoy Satisfecho con Mi Tratamiento de Salud  
Mental? ..... 6
- ¿Qué Son los Servicios para los Beneficiarios? ¿De qué se Trata? ¿Cómo  
Contacto al Personal? ..... 6
- ¿El Condado de Kings Mantiene en Reserva mi Registro de Salud Mental? . 6

## Estado de California

Estado de  
California

### **Información General a Nivel del Estado**

- ¿Cómo Reconozco Si Alguien Necesita Ayuda de Inmediato? ..... 1

#### **Planes de Salud Mental del Condado**

- ¿Qué son los Servicios de Salud Mental? ..... 2
- ¿Dónde Obtengo los Servicios de Salud Mental? ..... 2
- ¿Cómo Obtengo Servicios? ..... 2

## Estado de California (Continuación)

Estado de  
California**Información Importante Acerca de Medi-Cal**

|                                                                                                |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ¿Quién Puede Obtener Medi-Cal? .....                                                           | 3 |
| ¿Tengo que Pagar Por Medi-Cal? .....                                                           | 3 |
| ¿Cómo Obtengo Servicios de Medi-Cal Que no Son Cubiertos<br>por el Plan de Salud Mental? ..... | 4 |
| ¿Qué es el Programa de Salud y Prevención de la Discapacidad Infantil<br>(CHDP)? .....         | 5 |

**Información Básica de Emergencia**

|                                                                                                                                   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| ¿Tiene una Emergencia? .....                                                                                                      | 6 |
| ¿Qué Tipos de Servicios de Emergencia se Brindan? .....                                                                           | 7 |
| ¿Cuándo Finaliza la Responsabilidad del MHP de Mi Condado<br>Respecto de la Cobertura de la Atención de Pos-Estabilización? ..... | 8 |

**Servicios****(ADULTOS Y ADULTOS MAYORES)**

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| ¿Cómo Reconozco Si Necesito Ayuda? .....                        | 9  |
| ¿Cuáles son los Signos que me Indican que Necesito Ayuda? ..... | 9  |
| ¿Qué Servicios Están Disponibles? .....                         | 10 |

**(NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES)**

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Cómo Reconozco Cuando un Niño Necesita Ayuda? .....                                           | 12 |
| ¿Cómo Reconozco Cuando un Adolescente o Joven Necesita Ayuda? .....                            | 13 |
| ¿Qué Servicios Están Disponibles? .....                                                        | 13 |
| ¿Existen Servicios Especiales Disponibles para Niños, Adolescentes<br>y Adultos Jóvenes? ..... | 14 |
| ¿Qué Son los Servicios Terapéuticos de Conducta (TBS)? .....                                   | 14 |
| ¿Quién Puede Recibir TBS? .....                                                                | 15 |
| ¿Existen Otras Cosas que Deban Sucederme para Recibir TBS? .....                               | 15 |
| ¿Cómo Obtengo los TBS? .....                                                                   | 15 |
| ¿Quién Decide Si Necesito TBS y Dónde Puedo Obtenerlos? .....                                  | 16 |
| ¿Qué Debería Incluir en mi Plan TBS? .....                                                     | 16 |

**Criterios de 'Necesidad Médica'**

|                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Qué es una 'Necesidad Médica' y Por qué es Importante? .....                                                                                                             | 17 |
| ¿Cuáles son los Criterios de 'Necesidad Médica' para la Cobertura de los<br>Servicios Especializados de Salud Mental a Excepción de los Servicios<br>Hospitalarios? ..... | 17 |
| ¿Cuáles son los Criterios de 'Necesidad Médica' para la Cobertura de los<br>Servicios Especializados de Salud Mental para las Personas<br>Menores de 21 Años? .....       | 18 |

**Notificación de Acción**

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Qué es una Notificación de Acción? .....                                                       | 20 |
| ¿Cuándo Recibiré una Notificación de Acción? .....                                              | 20 |
| ¿Siempre Recibiré una Notificación de Acción Cuando No Reciba<br>los Servicios que Deseo? ..... | 21 |
| ¿Qué se me Informará en la Notificación de Acción? .....                                        | 21 |
| ¿Qué Debo Hacer Cuando Reciba una Notificación de Acción? .....                                 | 21 |



Estado de California *(Continuación)***Procesos de Resolución de Problemas**

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Qué Sucede Si No Recibo los Servicios que Deseo del MHP de Mi Condado? .....                                             | 22 |
| ¿Puedo Obtener Ayuda para Presentar una Apelación, Reclamo o Audiencia de Estado Justa? .....                             | 22 |
| ¿Qué Sucede Si Necesito Ayuda para Resolver un Problema con mi MHP, pero no Deseo Presentar un Reclamo o Apelación? ..... | 22 |
| <b>(LOS PROCESOS DE APELACIONES - Estándar y Acelerado)</b>                                                               |    |
| ¿Qué es una Apelación Estándar? .....                                                                                     | 23 |
| ¿Cuándo Puedo Presentar una Apelación? .....                                                                              | 24 |
| ¿Cómo Puedo Presentar una Apelación? .....                                                                                | 24 |
| ¿Cómo Sé Si Mi Apelación Ha Sido Resuelta? .....                                                                          | 24 |
| ¿Existe una Fecha Límite para Presentar una Apelación? .....                                                              | 24 |
| ¿Cuándo se Resolverá mi Apelación? .....                                                                                  | 25 |
| ¿Qué Sucede si no Puedo Esperar 45 Días para la Decisión sobre mi Apelación? .....                                        | 25 |
| ¿Qué es una Apelación Acelerada? .....                                                                                    | 25 |
| <b>(LOS PROCESOS DE AUDIENCIA DE ESTADO JUSTA - Estándar y Acelerado)</b>                                                 |    |
| ¿Qué es una Audiencia de Estado Justa? .....                                                                              | 26 |
| ¿Cuáles son Mis Derechos en una Audiencia de Estado Justa? .....                                                          | 26 |
| ¿Cuándo Puedo Presentar una Demanda a la Audiencia de Estado Justa? .....                                                 | 26 |
| ¿Cómo Solicito una Audiencia de Estado Justa? .....                                                                       | 26 |
| ¿Existe una Fecha Límite para Presentar una Audiencia de Estado Justa? .....                                              | 27 |
| ¿Puedo Continuar con los Servicios Mientras Espero la Decisión De la Audiencia de Estado Justa? .....                     | 27 |
| ¿Qué Sucede si no Puedo Esperar 90 Días por la Decisión de Mi Audiencia de Estado Justa? .....                            | 27 |
| <b>(EL PROCESO DE RECLAMO)</b>                                                                                            |    |
| ¿Qué es un Reclamo? .....                                                                                                 | 28 |
| ¿Cuándo Puedo Presentar un Reclamo? .....                                                                                 | 28 |
| ¿Cómo Puedo Presentar un Reclamo? .....                                                                                   | 28 |

**Sus Derechos**

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Cuáles Son Mis Derechos? .....                                                      | 30 |
| <b>(ÓRDENES ANTICIPADAS)</b>                                                         |    |
| ¿Qué es una Orden Anticipada? .....                                                  | 32 |
| <b>(COMPETENCIA CULTURAL)</b>                                                        |    |
| ¿Por qué son Importantes las Consideraciones Culturales y el Acceso al Idioma? ..... | 33 |

**Cómo se le Pueden Brindar los Servicios**

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ¿Cómo Recibo los Servicios Especializados de Salud Mental? .....                                      | 35 |
| ¿Cómo Consigo a un Proveedor para los Servicios Especializados de Salud Mental que Necesito? .....    | 35 |
| Una vez que Consigo a un Proveedor, ¿el MHP Puede Informarle al Proveedor qué Servicios Recibo? ..... | 36 |
| ¿Qué Proveedores Utiliza mi MHP? .....                                                                | 37 |

# Bienvenidos al Plan de Salud Mental del Condado de Kings



## **Le damos la bienvenida a los Servicios de Consejería del Condado de Kings y al Plan de Salud Mental de Medi-Cal.**

Nosotros brindamos servicios especializados de salud mental a las personas que viven en el Condado de Kinas y desean acceder al plan Medi-Cal. Sírvase leer este folleto detenidamente. Contiene información importante que usted debe conocer.

### **Como su plan de servicios de salud mental, nosotros:**

- Responderemos sus preguntas acerca del tratamiento de salud mental.
- Averiguaremos qué servicios de salud mental son cubiertos por Medi-Cal.
- Determinaremos qué tipos de servicios de salud mental necesita usted y le ayudaremos a obtenerlos.
- Lo trataremos con respeto.
- Le garantiremos que usted reciba los servicios en un ambiente seguro.
- Lo ayudaremos a recibir una atención culturalmente competente.

### **Como Participante, Usted También Tiene Responsabilidades Específicas:**

- Proporcionar una información completa y honesta acerca de sus necesidades de salud mental.
- Tomar parte activa en su tratamiento de salud mental.
- Asistir a sus citas según lo programado.
- Llamar si no puede asistir a una cita.
- Trabajar en los objetivos del tratamiento con su proveedor.



## Números Telefónicos Importantes

Emergencia ..... 911

Servicios de Consejería del Condado de Kings  
..... (559) 582-4481

Emergencia Después de Horas  
de Oficina..... (800) 655-2553 24 horas

## ¿Cómo Reconozco si Alguien Necesita Ayuda de Inmediato?

Incluso si no se trata de una emergencia, una persona con problemas de salud mental necesita ayuda de inmediato si suceden una o más de estas cosas:

- Escucha o ve cosas que otros no escuchan ni ven
- Pensamientos y conversaciones extremadas y frecuentes sobre la muerte.
- Regalar sus cosas.
- Amenazar con matarse (suicidio).
- Deseo de herirse a sí mismo o a otros.

Si una o más de estas cosas han sucedido, llame al 911 o al MHP del Condado de Kings al **(800) 655-2553** (las 24 horas, llamada gratuita). Los trabajadores de Salud Mental atienden las 24 horas del día.



**Los otros servicios que se requieren algunas veces se incluyen en la lista de las páginas 9 (adultos) y 12 (niños) en la sección del Estado de California de este folleto.**

## ¿Qué Servicios Especializados de Salud Mental Brinda el Condado de Kings?

**El Equipo de Servicios para Niños brinda los siguientes servicios de salud mental a niños, adolescente y familiares:**

- Asesoría: Individual, grupal, familiar.
- Manejo de Caso: Ayuda a encontrar otros recursos y a resolver los problemas de la vida diaria.
- Medicación: ayuda a estabilizar los estados de ánimo o controlar los comportamientos dañinos.
- Servicios Terapéuticos de Conducta (TBS): contacto personal a corto plazo, de tiempo limitado con un Especialista Conductual para ayudar a mantener a un niño en casa, o mantenerlo en el entorno menos restrictivo. (Deben cumplirse algunos criterios para poder acceder a estos servicios).
- Servicios de Orientación en Escuelas para estudiantes referidos por sus profesores.
- Rehabilitación Individual o Grupal: ayuda a los consumidores a reaprender las habilidades necesarias para el desarrollo diario.

**El Equipo de Servicios para Adultos brinda los siguientes servicios de salud mental para adultos:**

- Orientación y Rehabilitación Individual y Grupal, Manejo de Caso y Medicación.
- Programa de Tratamiento de Diagnóstico Dual: orientación para

Plan de Salud  
Mental del Condado  
de Kings

consumidores con problemas de alcohol y drogas junto con desórdenes de salud mental.

- Grupos para el desarrollo de habilidades de regulación emocional/modificación de la conducta DBT.

Nuestro modo de tratamiento preferido es grupal. Los grupos de terapia son abiertos; los grupos de capacitación tienen currículos definidos y fechas finales. Se brinda terapia individual según sea necesario.

## **¿Cómo Obtengo Estos Servicios?**

Llame al **(559) 582-4481** o al **(800) 655-2553**. No es necesario pedir hora de atención en nuestra clínica principal en Handford. Las citas son necesarias en nuestras clínicas satélites en Corcoran y Avenal ya que están abiertas sólo dos días por semana.

Clínica de Orientación y Revisión King  
1326 Patterson Ave.  
Corcoran, CA 93212

Clínica Avenal  
745 Skyline Blvd.  
Avenal, CA 93204

## **¿Qué Significa Estar "Autorizado" a Recibir Servicios de Salud Mental YCuál es la Cantidad, Duración y Alcance de los Servicios Brindados?**

Le corresponde a usted, su proveedor y los Servicios de Consejería del Condado de Kings decidir qué servicios necesita recibir a través del MHP, incluyendo con qué frecuencia necesitará los servicios y durante cuánto tiempo.

Los Servicios de Consejería del Condado de Kings pueden exigir al proveedor que solicite al MHP revisar las razones por las que el proveedor considera que usted necesita un servicio antes de brindar los servicios. Los Servicios de Consejería del Condado de Kings cuentan con un profesional de salud mental certificado para realizar la revisión. Este proceso de revisión se llama proceso de autorización de pago del MHP.

El Estado le exige a los Servicios de Consejería del Condado de Kings contar con un proceso de autorización para el tratamiento diurno intensivo, la rehabilitación diurna y los servicios terapéuticos de conducta (TBS). Los Servicios de Consejería del Condado de Kings siguen las normas del estado para nuestro proceso de autorización de pago de MHP. Si desea mayor información sobre cómo los Servicios de Consejería del Condado de Kings realizan las autorizaciones de pago del MHP o sobre cuándo exigimos que su proveedor solicite una autorización de pago del MHP por los servicios, por favor, contáctese con Servicios de Consejería del Condado de Kings al **(559) 582-4481** o al **(800) 655-2553**.

## **¿Cómo Obtengo Mayor Información Acerca de los Servicios de Salud Mental del Condado de Kings, Incluyendo Doctores, Terapeutas, Clínicas y Hospitales?**

Si desea información adicional acerca de la estructura y operación del MHP del Condado de Kings, llame al **(559) 582-4481** o al **(800) 655-2553**.

### **¿En qué Otros Idiomas y Formatos se Dispone de Estos Materiales?**

Están disponibles en español (personal bilingüe) y hmong (interprete contratado). Contamos además con materiales informativos en cinta de audio para las personas con problemas a la vista.

### **¿Puedo Ver a Cualquier Doctor, Terapeuta, Clínica u Hospital que Aparezca en la “Lista de Proveedores” del Condado de Kings?**

**No. Requerimos que usted nos contacte primero porque queremos asegurarnos de que:**

- 1) Sus servicios son autorizados y
- 2) El proveedor que usted elija acepte nuevos beneficiarios Medi-Cal.

No contamos con proveedores de red salvo fuera del Condado de Kings. Los Servicios de Consejería del Condado de Kings es el único proveedor de servicios de salud mental en el Condado de Kings.

### **¿Qué Sucede si Deseo Cambiar de Doctores, Terapeutas o Clínicas?**

Llame al **(559) 582- 4481** o al **(800) 655-2553** o a su proveedor, quien puede darle referencias. Los Servicios de Consejería del Condado de Kings es el único proveedor de servicios de salud mental en el Condado de Kings.

### **¿Cómo Obtengo Una Lista de Proveedores?**

Puede conseguir una copia de la lista de proveedores en la mesa de recepciones o llamando al **(800) 655-2553**.

### **¿Puedo Utilizar la “Lista de Proveedores” Para Conseguir a Alguien que me Ayude?**

Una vez que haya completado el ingreso, para el cual no es necesario sacar cita, puede solicitar un proveedor interno específico de nuestra “Lista de Proveedores”. Sin embargo, dependiendo de la cantidad de casos del personal, su solicitud puede no ser atendida de inmediato.

### **¿Qué Sucede si Deseo Ver a Algún Doctor, Clínica u Hospital que No Aparece en la “Lista de Proveedores” del Condado de Kings?**

Puede llamar a los Servicios de Consejería de Kings o al MHP del Condado de Kings al **(800) 655-2553** y solicitar los servicios que usted considere necesarios.



**Para mayor información sobre Reclamos, Apelaciones y Audiencias de Estado Justas, por favor, vaya a la sección acerca de "Procesos de Resolución de Problemas" en el Estado de California, página 22 de este folleto.**

## **¿Qué Sucede si Necesito Servicios de Salud Mental de Urgencia un Fin de Semana o por las Noches?**

Puede llamar al MHP del Condado de Kings al (800) 655-2553 (las 24 horas del día/7 días a la semana), ir a la sala de emergencias del Centro Médico de la Comunidad Hanford, Hospital General del Valle Central, o al Hospital Distrital de Corcoran, o llamar al 911. La atención de emergencia no necesita autorización previa.

## **¿Cómo Obtengo los Servicios de Salud Mental que Mi Proveedor de Salud Mental No Ofrece?**

Llame al (559) 582- 4481 o al (800) 655-2553 y los Servicios de Consejería para el Condado de Kings le ayudará a contactarse con otros recursos según sea necesario. En algunos casos, por ejemplo, en pruebas psicológicas, Kings contrata servicios que no brinda.

## **¿Qué Sucede si Necesito Ver a un Doctor por Otro Motivo que No Sea el Tratamiento de Salud Mental? ¿Cómo se Refiere a las Personas a los Servicios de Medi-Cal que No Son los de Atención de Salud Mental en el Condado de Kings?**

Los Servicios de Consejería de Kings para el Condado de Kings sólo brinda servicios de salud mental y su proveedor le referirá a hospitales locales, médicos de la zona o el Departamento de Salud del Condado de Kings para otras necesidades de salud.

## **¿Qué Puedo Hacer si Tengo un Problema o si No Estoy Satisfecho con Mi Tratamiento de Salud Mental?**

Si tiene una inquietud o problema o no está satisfecho con sus servicios de salud mental, el MHP quiere estar seguro de que sus inquietudes sean resueltas de manera sencilla y rápida. Por favor, contacte al MHP al (800) 655-2553 para averiguar cómo resolver sus inquietudes.

Hay tres formas de trabajar con el MHP para resolver sus inquietudes acerca de los servicios u otros problemas. Puede presentar un reclamo verbalmente o por escrito al MHP acerca de cualquier asunto relacionado con el MHP. Puede presentar una apelación verbalmente (y hacer un seguimiento por escrito) o por escrito al MHP. También puede presentar una audiencia de estado justa con el Departamento de Servicios Sociales.

Para mayor información acerca de cómo funcionan los procesos de reclamo, apelación y audiencia de estado justa del MHP, por favor, vaya a la sección de reclamos, apelaciones y audiencias de estado justas en la página 22 de la sección del Estado de California en este folleto.

Su problema será manejado lo más sencilla y rápidamente posible. Se mantendrá en reserva. No estará sujeto a discriminación o a cualquier otra penalidad por presentar un reclamo o apelación o audiencia de estado justa. Usted puede



Plan de Salud  
Mental del Condado  
de Kings

autorizar a otra persona a actuar en su nombre en el proceso de reclamo, apelación o audiencia de estado justa.

### **¿Quién es el Defensor de los Derechos del Paciente? ¿Qué Hace y Cómo Puedo Contactarlo?**

El Defensor de los Derechos del Paciente está disponible para representar sus intereses y derechos por medio de la asistencia directa, monitoreo y revisión de políticas.

El personal de Defensoría de los Derechos del Paciente puede ser contactado al teléfono **(559) 309-9173**.

### **¿El Condado de Kings Mantiene en Reserva mi Registro de Salud Mental?**

Por ley, sus servicios y registros de salud mental se manejarán en forma confidencial. Sus registros sólo serán entregados si usted firma un formulario de cesión o según lo requiera la ley.

## Información General para todo el Estado



### **¿Por qué es Importante Leer este Folleto?**

La primera sección de este folleto nos informa cómo obtener los servicios de salud mental a través de Medi-Cal por medio del Plan de Salud Mental de su condado.

La segunda sección de este folleto le brinda más información sobre cómo funciona el programa Medi-Cal y los servicios especializados de salud mental en todos los condados del estado.

Si no lee esta sección ahora, es posible que usted desee guardar este folleto para leerlo después

**Si usted considera que califica para Medi-Cal y cree que necesita servicios de salud mental, llame al Plan de Salud Mental en su condado y diga que desea averiguar sobre los servicios de salud mental.**

## Planes de Salud Mental del Condado

### ¿Qué son los Servicios de Especialidad de Salud Mental?

Los servicios de especialidad de salud mental son los servicios especiales de atención de salud para personas que sufren una enfermedad mental o problemas emocionales que el doctor regular no puede tratar.

#### Algunos de los servicios especializados de salud mental incluyen:

- Asesoría durante una crisis para ayudar a las personas que están pasando por una crisis emocional seria.
- Terapia individual, de grupo, o familiar.
- Servicios de rehabilitación o recuperación que ayudan a personas con enfermedad mental a desarrollar habilidades para poder sobrellevar su vida diaria.
- Programas durante el día especiales para personas que sufren enfermedades mentales.
- Prescripciones de medicinas que ayudan a tratar las enfermedades mentales.
- Asistencia con el manejo de medicinas que ayudan a tratar las enfermedades mentales.
- Asistencia para obtener los servicios de salud mental que usted necesita.

### ¿Dónde Obtengo los Servicios de Salud Mental?

Usted puede recibir los servicios de salud mental en el condado donde vive. Cada condado cuenta con un Plan de Salud Mental para niños, jóvenes, adultos y adultos mayores. El Plan de Salud Mental de su condado cuenta con proveedores de salud mental (doctores que son psiquiatras o psicólogos, entre otros).

### ¿Cómo Puedo Obtener Servicios del Plan de Salud Mental En Mi Condado?

Llame al Plan de Salud Mental de su condado y solicite los servicios. No necesita solicitar un permiso de su doctor general ni obtener una referencia. Sólo tiene que llamar al número de su condado que aparece al principio de este folleto. La llamada es gratuita.

También puede acercarse a un centro de salud federal calificado, un centro de salud rural o una clínica de salud india en su área para recibir los servicios de salud mental de Medi-Cal. (Estos son los nombres oficiales para los diferentes tipos de clínicas dentro de su área. Si no está seguro sobre alguna clínica en su área, pregunte a los trabajadores de la clínica. Este tipo de clínicas generalmente atiende a las personas que no tienen el seguro de Medi-Cal.)

#### Como parte de las prestaciones de servicios de salud mental, el Plan de Salud Mental de su condado es responsable de:

- Averiguar si alguien califica para recibir los servicios especializados de salud mental del MHP.
- Proporcionar un número de teléfono gratuito que atienda las 24 horas del día, los 7 días de la semana, donde le pueden informar cómo obtener los servicios del MHP.
- Contar con los suficientes proveedores para garantizar que usted pueda obtener los servicios especializados de salud mental cubiertos por el MHP en caso que los necesite.
- Informarlo y educarlo acerca de los servicios disponibles en el MHP de su condado.
- Brindarle servicios en el idioma de su elección o (de ser necesario) mediante un intérprete sin costo alguno y haciéndole saber que estos servicios de interpretación están disponibles.

- Proporcionarle información escrita acerca de los servicios a su disposición en otros idiomas o formatos, dependiendo de las necesidades de su condado.

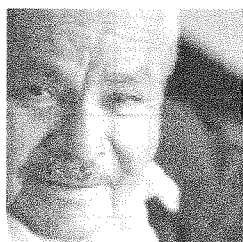
## INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE MEDI-CAL



### ¿Quién Puede Obtener Medi-Cal?

**Usted puede calificar para Medi-Cal si se encuentra en uno de estos grupos:**

- 65 años o más
- Menor de 21 años
- Un adulto, entre 21 y 65 años, viviendo con un menor de edad (que no es casado o que tiene menos de 21 años).
- Es ciego o discapacitado
- Está embarazada
- Ciertos refugiados o inmigrantes cubanos/ haitianos
- Recibe atención en una institución de atención especializada.



Si usted no pertenece a ninguno de estos grupos, llame a la entidad de servicio social de su condado para ver si califica para un programa de asistencia médica operado por el condado.

Usted debe estar viviendo en California para calificar para Medi-Cal. Llame o visite la oficina local de servicios sociales de su condado y pida una solicitud para Medi-Cal, o puede obtener, una solicitud por Internet en la pagina [www.dhs.ca.gov/mcs/medi-calhome/MC210.htm](http://www.dhs.ca.gov/mcs/medi-calhome/MC210.htm).



### ¿Tengo que Pagar Por Medi-Cal?

**Usted tal vez tenga que pagar por Medi-Cal dependiendo sus ingresos o la cantidad de dinero que reciba al mes.**

- Si su ingreso es menor del límite de Medi-Cal para el tamaño de su familia, no tendrá que pagar por los servicios de Medi-Cal.
- Si su ingreso es mayor del límite de Medi-Cal para el tamaño de su familia, tendrá que pagar cierta cantidad por sus servicios de salud mental o médico. La cantidad que paga se llama su '**participación de costo**'. Una vez que haya pagado su '**participación de costo**', Medi-Cal pagará el resto de sus facturas médicas cubiertas por ese mes. En los meses en los que usted no tenga gastos médicos, no tendrá que pagar nada. En los meses en los que no tenga gastos médicos, no tiene que pagar nada.
- Puede que tenga que realizar un '**pago adjunto**' por algún tratamiento de Medi-Cal. Puede pagar \$1.00 cada vez que reciba un servicio de salud médica o mental o un medicamento (medicina) prescrito y \$5.00 si va a la sala de emergencias de un hospital para sus servicios regulares.

Su proveedor le informará si necesita hacer el pago adjunto.

**Siempre lleve consigo su Tarjeta de Identificación de Beneficiario y la tarjeta del plan de salud, si tiene alguna cuando vaya al doctor, a la clínica o al hospital.**

## ¿Cómo Obtengo los Servicios de Medi-Cal que no Son Cubiertos Por El Plan de Salud Mental?

Hay dos formas de obtener los servicios de Medi-Cal:

### 1. Integrando un plan de salud de atención administrada de Medi-Cal.

*Si usted es miembro de un plan de salud de atención administrada de Medi-Cal:*

- Su plan de salud debe encontrar un proveedor para usted en caso que necesite atención de salud.
- Usted obtiene atención de salud a través de un plan de salud, una HMO (health maintenance organization (organización de mantenimiento de la salud)) o un administrador de caso de atención primaria.
- Usted debe utilizar los proveedores y clínicas en el plan de salud, a menos que necesite una atención de emergencia.
- Usted puede utilizar un proveedor fuera de su plan de salud para los servicios de planificación familiar.
- Usted sólo puede integrarse a un plan de salud si no paga una participación de costo.

### 2. De proveedores de atención de salud individuales o clínicas que toman Medi-Cal.

- Usted obtiene atención de salud de proveedores individuales o clínicas que toman Medi-Cal.
- Usted debe informar a su proveedor que cuenta con Medi-Cal antes de recibir los servicios por primera vez. De lo contrario, se le puede cobrar por dichos servicios.
- Los proveedores de atención de salud individuales y las clínicas no tienen que ver pacientes de Medi-Cal o pueden ver únicamente a unos cuantos pacientes de Medi-Cal.
- Toda persona que tenga una participación de costo (véase la página 3, sección del Estado de California) recibirá atención de salud de esta manera.

### Si necesita servicios de salud mental que no son cubiertos por el Plan de Salud Mental.

- Y usted está en un plan de salud, usted puede obtener servicios de su plan de salud. Si necesita servicios de salud mental que el plan no cubre, su proveedor de atención general en el plan de salud puede ayudarlo a encontrar un proveedor o clínica que pueda ayudarlo.
- Excepto en el Condado de San Mateo, las farmacias del plan de salud surtirán las prescripciones para tratar su enfermedad mental, incluso si fueron escritas por el psiquiatra del plan de salud mental o le dirán como obtener su prescripción de una farmacia que acepta Medi-Cal. (En el Condado de San Mateo, el plan de salud mental surtirá su prescripción.)
- Y si usted no está en un plan de salud, usted puede obtener servicios de proveedores individuales y clínicas que acepten Medi-Cal. Excepto en el Condado de San Mateo, cualquier farmacia que acepte Medi-Cal puede surtir prescripciones para tratar su enfermedad mental, incluso si las prescripciones estuvieran escritas por el psiquiatra del MHP. (En el Condado de San Mateo, el plan de salud mental surtirá su prescripción.)
- El Plan de Salud Mental puede ayudarlo a encontrar un proveedor o clínica que pueda ayudarlo o darle algunas ideas de cómo encontrar un proveedor o clínica.

***Si tiene algún  
problema con sus  
citas de salud  
médica o mental, el  
programa Medi-Cal  
puede ayudarle a  
encontrar  
transporte.***





## INFORMACIÓN BÁSICA DE EMERGENCIA

**En caso de una condición médica o psiquiátrica de emergencia, llame al 9-1-1 o vaya a cualquier sala de emergencias en busca de ayuda.**

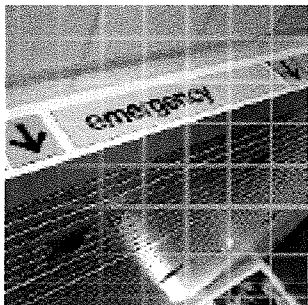
### ¿Tiene Una Emergencia?

**Una condición de emergencia médica tiene síntomas tan severos (que posiblemente incluyen un dolor severo) que una persona promedio podría esperar que en cualquier momento suceda lo siguiente:**

- La salud de la persona (o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé en gestación) podría estar en serios problemas.
- Problemas serios con las funciones corporales.
- Problemas serios con algún órgano o parte del cuerpo.

**Una condición psiquiátrica de emergencia ocurre cuando una persona promedio piensa que alguien:**

- Es un peligro actual para él mismo o para ella misma o para otra persona, debido a lo que parece ser una enfermedad mental.
- No es capaz de dar o comer alimentos, utilizar ropa o cobijo debido a una enfermedad mental.



**En caso de una condición de emergencia médica o psiquiátrica, llame al 9-1-1 o vaya a cualquier sala de emergencias en busca de ayuda.**

El programa Medi-Cal cubrirá las condiciones de emergencia si la condición es médica o psiquiátrica (emocional o mental). Si usted está en Medi-Cal, no recibirá factura de pago por ir a una sala de emergencias, incluso si resultase no ser una emergencia.

Si no está seguro de que la condición sea una verdadera emergencia o si no está seguro si la condición es médica o psiquiátrica, puede ir incluso a la sala de emergencias y permita que los profesionales médicos calificados decidan sobre lo que se necesita. Si los profesionales de la sala de emergencias deciden que se trata de una emergencia psiquiátrica, la persona será admitida en el hospital para recibir ayuda inmediata de un profesional de salud mental. Si el hospital no cuenta con los servicios necesarios, éste encontrará un hospital que sí cuente con ellos.

Se puede ayudar a una persona que está atravesando por una crisis de salud mental, mediante los servicios del Plan de Salud Mental (MHP, por sus siglas en inglés) de su condado, de otras formas que no sean entrando a un hospital. Si piensa que necesita ayuda, pero no cree que sea necesario ir a un hospital, puede llamar al número de teléfono gratuito del MHP de su condado y pedir ayuda.

## ¿Qué Tipos De Servicios De Emergencia Se Brindan?

Los servicios de emergencia los paga Medi-Cal cuando usted va a un hospital o utiliza los servicios ambulatorios (sin quedarse de un día para otro) que brinda la sala de emergencias de un hospital a través de un proveedor calificado (doctor, psiquiatra, psicólogo u otro proveedor de salud mental). Son necesarios para evaluar o estabilizar a alguien en una emergencia.

El Plan de Salud Mental (MHP) de su condado debe brindar información específica acerca de cómo se administran los servicios de emergencia en su Condado. Las siguientes reglas estatales y federales se aplican a los servicios de emergencia cubiertos por el MHP:

- El hospital no necesita obtener una aprobación por adelantado del MHP (algunas veces se llama “autorización previa”) o tener un contrato con su MHP para recibir el pago por los servicios de emergencia que el hospital le brinda a usted.
- El MHP debe informarle cómo obtener servicios de emergencia, incluyendo el uso del 9-1-1.
- El MHP debe informarle sobre la ubicación de los lugares donde los proveedores y hospitales brindan servicios de emergencia y de post-estabilización.
- Usted puede ir a un hospital para recibir atención de emergencia si considera que se trata de una emergencia psiquiátrica.
- Los servicios especializados de salud mental para tratar sus condiciones urgentes están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. (Una condición urgente significa una crisis de salud mental que podría convertirse en una emergencia si no consigue ayuda de inmediato.)
- Puede recibir estos servicios de hospitalización por parte del MHP voluntariamente, si puede ser atendido adecuadamente sin ser retenido contra su voluntad. Las leyes estatales que cubren las admisiones voluntarias e involuntarias en el hospital por enfermedad mental no forman parte de las reglas estatales o federales de Medi-Cal, pero puede ser importante para usted conocer un poquito más acerca de ellas:

**1. Admisión voluntaria:** Esto significa que usted da su APROBACIÓN para ingresar y/o permanecer en el hospital para recibir tratamiento..

**2. Admisión involuntaria:** Esto quiere decir que el hospital lo mantiene internado por hasta 72 horas sin su consentimiento. El hospital puede hacer esto cuando considere que existe la posibilidad de que usted se lastime a sí mismo o a otra persona, o que no sea capaz de proveerse a sí mismo de alimento, ropa, y necesidades de vivienda. El hospital le informará por escrito lo que el hospital está haciendo por usted y cuales son sus derechos. Si los médicos que lo están tratando consideran que usted necesita permanecer más de 72 horas, tiene el derecho a un abogado y a una audiencia ante un juez, y el hospital le informará como pedir esto.

Los servicios de atención de post-estabilización son servicios cubiertos que se necesitan después de una emergencia. Estos servicios se brindan después de superar una emergencia para continuar mejorando o resolviendo la condición.

**El Plan de Salud Mental (MHP) de su condado debe pagar los servicios de atención de post-estabilización que usted haya recibido y que se encuentren dentro de la lista de proveedores o área de cobertura del MHP. Su MHP pagará por dichos servicios si son aprobados previamente por un proveedor del MHP u otro representante del MHP.**

**Su MHP es financieramente responsable (realizará el pago) de los servicios de atención de post-estabilización para mantener, mejorar o resolver la condición estabilizada si:**

- El MHP no responde a una solicitud del proveedor de una aprobación previa en el lapso de 1 hora.
- El proveedor no puede contactar al MHP.
- El representante del MHP y el doctor tratante no pueden llegar a un acuerdo respecto de su atención y no se dispone de un doctor del MHP para la consulta. En este caso, el MHP debe dar al doctor tratante la oportunidad de consultar con un doctor del MHP. El doctor tratante puede continuar atendiendo al paciente hasta que una de las condiciones para finalizar la atención post-estabilización se cumpla. El MHP debe asegurarse de que usted no realice ningún pago adicional por atención de post-estabilización.

### **¿Cuándo Finaliza la Responsabilidad del MHP de Mi Condado Respecto De La Cobertura de la Atención Post-Estabilización?**

**El MHP de su condado NO tiene que pagar los servicios de atención post-estabilización que no hayan sido aprobados previamente cuando:**

- Un doctor del MHP con privilegios en el hospital tratante asume la responsabilidad de su atención.
- Un doctor del MHP asume la responsabilidad de su atención por medio de una transferencia.
- Un representante del MHP y el doctor tratante llegan a un acuerdo respecto de su atención (el MHP y el doctor cumplirán con su acuerdo acerca de la atención que usted necesita).
- Se le da de alta (el doctor u otro profesional lo envía a su casa).

## ADULTOS Y ADULTOS MAYORES

### ¿Cómo Reconozco Si Necesito Ayuda?



Muchas personas pasan por momentos difíciles en la vida y pueden experimentar problemas de salud mental. Si bien muchos piensan que los trastornos mentales y emocionales de consideración no son frecuentes, la realidad es que una de cada cinco personas presentará un trastorno mental (psiquiátrico) en algún momento de su vida. Al igual que muchas otras enfermedades, la enfermedad mental puede deberse a muchas cosas.

Lo que es muy importante recordar al momento de preguntarse si necesita ayuda profesional es que debe confiar en sus sentimientos. Si usted califica para recibir Medi-Cal y considera que puede necesitar ayuda profesional, debe solicitar una evaluación por parte del MHP de su condado para estar seguro.

### ¿Cuáles son los Signos que me Indican que Necesito Ayuda?

En caso que responda "sí" a una o más de las siguientes afirmaciones, Y si estos síntomas persisten durante varias semanas, Y además interfieren significativamente con su capacidad de funcionar diariamente, Y si los síntomas no están relacionados con el abuso de alcohol o drogas. Si este es el caso, debe considerar comunicarse con el Plan de Salud Mental (MHP) de su condado.

Un profesional del MHP determinará si necesita los servicios especializados de salud mental del MHP. Si un profesional decide que usted no necesita los servicios especializados de salud mental, puede continuar tratándose con su doctor de atención médica o con su proveedor de atención general o puede apelar esa decisión (véase la página 23).

#### Usted puede necesitar ayuda si presenta VARIAS de las siguientes sensaciones:

- Depresión (o sentimiento de desesperanza, incapacidad, desprecio o estar muy deprimido) la mayor parte del día casi todos los días.
- Pérdida de interés en las actividades placenteras.
- Pérdida o aumento de peso (más de 5%) en un mes.
- Sueño excesivo o falta de sueño.
- Movimientos físicos lentos o en exceso.
- Fatiga casi todos los días.
- Sentimiento de falta de valor o culpa excesiva.
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar una decisión.
- Menor necesidad de sueño, sensación de "haber descansado" luego de sólo unas cuantas horas de sueño.
- Pensamientos demasiado rápidos como para seguirles el ritmo.
- Hablar demasiado rápido y no dejar de hablar.
- Sentir que las personas están "tratando de hacerte daño".
- Escuchar voces y sonidos que otros no escuchan.
- Ver cosas que otros no ven.
- No poder ir al trabajo ni a la escuela.
- No preocuparse por su higiene personal (estar limpio).
- Tener serios problemas para relacionarse.
- Aislarse o alejarse de otra gente.
- Llorar con frecuencia "sin ninguna razón".

***Si siente que tiene varios de los síntomas listados, y se siente así por varias semanas, usted podría ser evaluado por un profesional. Si no está seguro, debe pedir una opinión a su médico familiar o a otro profesional de la salud.***

- Estar a menudo de mal humor y “explotar” “sin ninguna razón”.
- Cambios de humor severos.
- Sentirse ansioso o preocupado la mayor parte del tiempo.
- Tener lo que otros llaman conductas extrañas o extravagantes.

## **¿Qué Servicios Están Disponibles?**

Como adulto que recibe Medi-Cal, puede ser elegible para recibir servicios especializados de salud mental del MHP. Su MHP debe ayudarlo a determinar si necesita estos servicios. Algunos de los servicios que el MHP de su condado debe poner a su disposición, si los necesita, incluyen:

**Servicios de Salud Mental** – Estos servicios incluyen los servicios de tratamiento de salud mental, tales como asesoría y psicoterapia, que ofrecen los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos licenciados, terapeutas familiares y de parejas y enfermeros psiquiátricos. Los servicios de salud mental también pueden incluir servicios, a menudo llamados de rehabilitación o recuperación, y estos ayudan a que una persona con una enfermedad mental desarrolle habilidades para poder sobrellevarla en su vida diaria. Los servicios de salud mental pueden brindarse en una clínica o consultorio del proveedor, por teléfono, en casa u otro entorno de la comunidad.

- Algunas veces, estos servicios pueden brindarse a una persona a la vez (terapia individual o rehabilitación), a dos o más personas al mismo tiempo (terapia de grupo o servicios de rehabilitación de grupo) y a familias (terapia familiar).

**Servicios de Apoyo con Medicamentos** – Estos servicios incluyen la prescripción, administración, distribución y monitoreo de las medicinas psiquiátricas, administración de medicamentos por parte de los psiquiatras y educación y monitoreo relacionados con las medicinas psiquiátricas. Los servicios de apoyo con medicamentos pueden brindarse en una clínica o consultorio del proveedor, por teléfono, en casa u otro entorno de la comunidad.

**Administración de Casos Objetivo** – Este servicio ayuda a una persona a obtener servicios médicos, educativos, sociales, pre-vocacionales, vocacionales, de rehabilitación o de otra índole en la comunidad cuando exista la posibilidad de que sea difícil para personas con enfermedades mentales acceder por sí mismas a estos servicios. La administración de casos objetivo incluye el desarrollo del plan, comunicación, coordinación y referidos; prestación del servicio de monitoreo para garantizar el acceso de la persona al servicio y el sistema de prestación de servicios; además del monitoreo del progreso de la persona.

**Intervención y Estabilización de Crisis** – Estos servicios brindan tratamiento de salud mental a personas que presentan un problema de salud mental que no puede esperar una cita regular programada. La intervención de la crisis puede durar hasta ocho horas y se puede brindar en una clínica o en el consultorio de un proveedor, por teléfono, en casa u otro entorno de la comunidad. La estabilización de la crisis puede durar hasta 20 horas y se brinda en una clínica o en cualquier otra instalación.

**Servicios de Tratamiento Residencial para Adultos** – Estos servicios brindan tratamiento de salud mental a personas que están viviendo en lugares con licencia que brindan servicios residenciales a personas que sufren enfermedades mentales. Estos servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Medi-Cal no cubre el costo de la habitación ni del alojamiento en el lugar que ofrece servicios de tratamiento residencial para adultos.

**Servicios de Tratamiento Residencial para Crisis** – Estos servicios brindan tratamiento de salud mental a personas que están viviendo episodios o crisis psiquiátricas serias, pero que no presentan complicaciones médicas que requieren atención especializada. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana en lugares con licencia para brindar servicios residenciales para crisis a personas que sufren de enfermedades mentales. Medi-Cal no cubre el costo de la habitación ni del alojamiento en el lugar que ofrece servicios de tratamiento residencial para adultos.

**Tratamiento Al Día Intensivo** – Este es un programa estructurado de tratamiento de salud mental que se brinda a un grupo de personas que podrían de alguna otra forma estar en el hospital o en algún otro lugar bajo cuidado las 24 horas del día. El programa dura por lo menos tres horas al día. Las personas regresan a sus hogares por la noche. El programa incluye actividades de construcción de habilidades (habilidades de vida, socialización con otras personas, entre otras) y terapias (arte, recreación, música, danza, etc.), así como psicoterapia.

**Rehabilitación Diurna** – Este es un programa estructurado de tratamiento de salud mental para mejorar, mantener o restaurar la independencia y funcionamiento. El programa está diseñado para ayudar a las personas que sufren enfermedades mentales a aprender y desarrollar habilidades. El programa dura por lo menos tres horas por día. Las personas regresan a sus hogares por la noche. El programa incluye actividades de construcción de habilidades (habilidades de vida, socialización con otras personas, entre otras) y terapias (arte, recreación, música, danza, etc.).

**Servicios Hospitalarios de Internamiento Psiquiátrico** – Estos servicios se brindan en un hospital cuando la persona permanece de un día para otro debido a una emergencia psiquiátrica o debido a que la persona necesita tratamiento de salud mental que sólo puede realizarse en el hospital.

**Servicios en Instalaciones de Salud Psiquiátrica** – Estos servicios se brindan en ambientes parecidos a un hospital donde la persona permanece de un día para otro debido a una emergencia psiquiátrica o debido a que la persona necesita tratamiento de salud mental que sólo puede realizarse en este ambiente. Las instalaciones de salud psiquiátricas deben tener un acuerdo con un hospital o clínica cercanos para satisfacer las necesidades físicas de atención de salud de las personas que se encuentran en la instalación.

Estos servicios también incluyen el trabajo que el proveedor realiza para ayudar a que las personas reciban mejores servicios. Estas clases de cosas incluyen evaluaciones para ver si necesita el servicio y si el servicio está funcionando, el desarrollo del plan para decidir los objetivos del tratamiento de salud mental de la persona y los servicios específicos “colaterales” que se van a brindar, lo que significa trabajar con los miembros de la familia y personas importantes en la vida de la persona (si la persona lo autoriza) en caso que esto ayude a que la persona mejore o mantenga su estado de salud mental.

**Es posible que el MHP de cada condado muestre pequeñas diferencias en la forma de poner los a disposición estos servicios, por tanto, sírvase consultar la primera sección de este folleto para obtener mayor información, o llame al número de teléfono gratuito de su MHP para pedir información adicional.**



## NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES

### ¿Cómo Reconozco Cuando un Niño Necesita Ayuda?

**Para niños recién nacidos hasta los 5 años de edad, existen signos que pueden indicar que se necesita los servicios especializados de salud mental. Estos incluyen:**

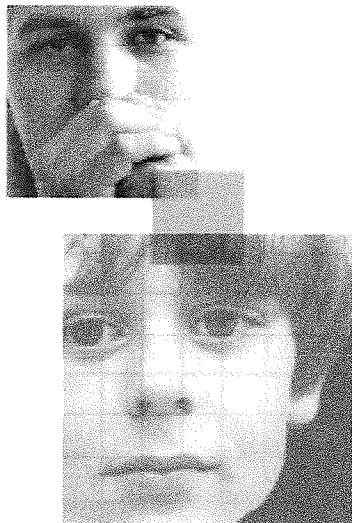
- Padres que se sienten abrumados por el hecho de ser padres o que tienen problemas de salud mental.
- Una fuente principal de estrés en la familia, tal como un divorcio o la muerte de un miembro de la familia.
- Abuso de alcohol o de otras drogas por alguien en la casa.
- Conducta inusual o difícil de parte del niño.
- Violencia o problemas en la casa.

Si una de las condiciones anteriores se presenta en una casa donde vive un niño de hasta 5 años de edad, se pueden requerir los servicios especializados de salud mental. Usted debe contactar al MHP de su condado para solicitar información adicional y una evaluación para los servicios con el fin de ver si el MHP puede ayudarlo.

**Para niños en edad escolar, la siguiente lista de verificación incluye algunos signos que deben ayudarlo a decidir si su niño se beneficiaría con los servicios de salud mental. Su niño:**

- Muestra cambios emocionales o conductuales inusuales.
- No tiene amigos o tiene dificultad para relacionarse con otros niños.
- No le va bien en la escuela, falta con frecuencia y no desea asistir a la escuela.
- Tiene muchas enfermedades o accidentes de poca importancia.
- Es muy temeroso.
- Es muy agresivo.
- No desea estar lejos de usted.
- Tiene muchos sueños que lo perturban.
- Tiene dificultad para dormir, se despierta durante la noche o insiste en dormir con usted.
- Repentinamente se rehúsa a estar solo con algún miembro de la familia o amigo o se muestra muy inquieto cuando este miembro de la familia o amigo está presente.
- Demuestra afecto inadecuadamente o hace gestos o comentarios sexuales anormales.
- De repente se vuelve retraído o de mal humor.
- Se rehúsa a comer.
- Con frecuencia se siente triste.

Usted puede contactar al MHP de su condado para solicitar una evaluación para su niño si considera que él o ella está mostrando alguno de los signos mencionados anteriormente. Si su niño califica para Medi-Cal y la evaluación del MHP indica que los servicios especializados de salud mental cubiertos por el MHP son necesarios, entonces éste hará los arreglos para que su niño reciba los servicios.



## ¿Cómo Reconozco Cuando un Adolescente O Joven Necesita Ayuda?

Los adolescentes (12-18 años de edad) se encuentran bajo muchas presiones durante la etapa de la adolescencia. Los jóvenes entre los 18 y 21 años de edad se encuentran en una edad de transición que tiene sus propias presiones y, como ya son adultos legalmente, pueden buscar servicios como adultos.

Alguna conducta inusual por parte de un adolescente o joven puede estar relacionada con los cambios físicos y psicológicos que se dan cuando se convierten en adultos. Los adultos jóvenes están estableciendo un sentido de auto-identidad y pasan de confiar en los padres a la independencia. Un padre o amigo preocupado, o el joven puede tener dificultad para decidir entre lo que es una "conducta normal" y lo que puede ser un signo de problemas emocionales o mentales que requiere ayuda profesional.

Algunas enfermedades mentales pueden comenzar entre los 12 y 21 años de edad. La lista de verificación que se presenta a continuación debe ayudarlo a decidir si un adolescente necesita ayuda. Si se presenta más de un signo o persiste por un período prolongado, ello puede indicar un problema más serio que requiere ayuda profesional. Si un adolescente:

- Se aleja de su familia, amigos y/o actividades normales usuales.
- Experimenta un inexplicable bajón en el rendimiento escolar.
- Descuida su apariencia.
- Presenta un cambio marcado de peso.
- Huye del hogar.
- Tiene una conducta violenta o muy rebelde.
- Tiene síntomas físicos sin enfermedad aparente.
- Abusa de las drogas o el alcohol.

Los padres o encargados de atender a los adolescentes o el adolescente pueden contactar al MHP del condado para solicitar una evaluación para ver si los servicios de salud mental son necesarios. Como adulto, un joven (entre los 18 y 20 años de edad) puede pedir al MHP una evaluación. Si el adolescente o joven califica para Medi-Cal y la evaluación del MHP indica que los servicios especializados de salud mental cubiertos por el MHP son necesarios, entonces éste hará los arreglos para que el adolescente o joven reciba los servicios.

## ¿Qué Servicios Están Disponibles?

Los mismos servicios que están disponibles para los adultos también están disponibles para los niños, adolescentes y jóvenes. Los servicios que están disponibles son los servicios de salud mental, servicios de apoyo con medicamentos, administración de casos con objetivo, intervención de crisis, estabilización de crisis, tratamiento intensivo de día, rehabilitación de día, servicios residenciales de tratamiento para adultos, servicios residenciales de tratamiento para crisis, servicios de hospitalización psiquiátricos y servicios en instalaciones de salud psiquiátrica. Los MHP también cubren servicios especiales adicionales que sólo están disponibles para niños, adolescentes y jóvenes menores de 21 años y calificados para recibir Medi-Cal completo (Medi-Cal completo significa que la cobertura de Medi-Cal es ilimitada para un tipo específico de servicios, por ejemplo, únicamente servicios de emergencia).

El MHP de cada condado tendrá ligeras diferencias en la forma de poner a disposición estos servicios, por tanto, sírvase consultar la primera sección de este folleto para obtener mayor información, o llame al número de teléfono gratuito de su MHP para pedir información adicional.

**Los jóvenes entre los 18 y 21 años deben ver la lista que esta a la derecha así como la lista de temas para adultos en las páginas 9 y 10 para decidir si los servicios de salud mental pueden ser necesarios.**



## ¿Los Servicios Especiales Están Disponibles para Niños, Adolescentes Y Adultos Jóvenes?

Existen servicios especiales disponibles en el MHP para niños, adolescentes y jóvenes llamados “Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment” (Evaluación Inicial y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento) (EPSDT), servicios especializados de salud mental complementarios. Estos servicios EPSDT incluyen un servicio llamado “Therapeutic Behavioral Services” o TBS, el cual se describe en la siguiente sección y también incluye nuevos servicios, identificados por expertos en el tratamiento de salud mental como servicios efectivos. Estos servicios están disponibles en el MHP si se necesitan para corregir o mejorar la salud mental de una persona menor de 21 años, que califica para recibir Medi-Cal completo y que sufre una enfermedad mental cubierta por el MHP (véase la página 10 para obtener información sobre las enfermedades mentales cubiertas por el MHP.).

No es necesario que el MHP brinde estos servicios especiales si el MHP decide que uno de los servicios regulares cubiertos por el MHP estará disponible para cubrir las necesidades del niño, adolescente o joven. Tampoco se requiere que el MHP brinde estos servicios especiales a domicilio y en entornos de la comunidad si el MHP determina que el costo total por proveer estos servicios especiales a domicilio o en la comunidad es mayor que el costo total por proveer servicios similares en nivel de atención institucional de otra manera adecuado.

## ¿Qué son los Therapeutic Behavioral Services o TBS?

**Los TBS son un tipo de servicio especializado de salud mental disponible a través del MHP de cada condado si usted tiene serios problemas emocionales. Usted debe tener menos de 21 años y calificar para Medi-Cal completo para obtener los servicios de TBS.**

- Si está viviendo en casa, el personal de TBS puede trabajar individualmente con usted para disminuir serios problemas de conducta tratando de evitar que necesite un nivel de atención más alto, tal como una casa -hogar para niños, adolescentes y jóvenes con problemas emocionales muy serios.
- Si está viviendo en una casa hogar para niños, adolescentes y jóvenes con serios problemas emocionales, el personal de TBS puede trabajar con usted de tal forma que pueda pasar a un nivel menor de cuidado, tal como un hogar sustituto o regresar a casa. Los servicios de TBS le ayudarán a usted y a su familia, encargado de la atención o tutor a aprender nuevas formas de controlar los problemas de conducta y formas de desarrollar los tipos de conducta que le permitirán tener éxito. Usted, el personal de TBS, y su familia, encargado de la atención o tutor trabajarán juntos de manera muy intensa durante un corto tiempo, hasta que ya no necesite los servicios de TBS. Usted tendrá un plan de TBS que le dirá lo que usted, su familia, encargado de la atención o tutor y el personal de TBS tendrán que hacer mientras necesitan los servicios de TBS y cuándo y dónde ocurrirán. El personal de TBS puede trabajar con usted en la mayoría de lugares donde probablemente necesite ayuda con su problema de conducta. Esto incluye su hogar, hogar sustituto, casa hogar, escuela, programa de tratamiento de día y otras áreas de la comunidad.

## ¿Quién Puede Obtener los TBS?

**Usted puede obtener los TBS si cuenta con un Medi-Cal completo, es menor de 21 años, tiene serios problemas emocionales Y ADEMÁS:**

- Vive en un hogar grupal para niños, adolescentes y jóvenes con problemas emocionales muy serios. [Estos hogares grupales algunas veces son llamados hogares grupales de Nivel de Clasificación de Frecuencia (NCF) 12, 13 ó 14]; O
- Vive en un hospital estatal de salud mental, un lugar de atención especializada en tratamiento de salud mental o en un Centro de Rehabilitación de Salud Mental (estos lugares también se conocen como institutions for mental diseases (instituciones para enfermedades mentales) o IEM; O
- Está en riesgo de tener que vivir en un hogar grupal NCF 12, 13 ó 14), un hospital de salud mental o una IEM; O
- Ha estado hospitalizado, en los últimos 2 años, por problemas de salud mental de emergencia.

## ¿Hay Algunas Otras Cosas que Deben Sucederme para Obtener los TBS?

Sí. Usted debe estar recibiendo otros servicios especializados de salud mental. Los TBS se complementan con otros servicios especializados de salud mental. No los remplazan. Ya que la duración de los TBS es corta, se pueden necesitar otros servicios especializados de salud mental para evitar que los problemas se vuelvan a presentar o empeoren luego que los TBS hayan concluido.

**Los TBS NO se brindan por alguna de las siguientes razones:**

- Sólo para ayudarlo a seguir -una orden judicial de libertad condicional.
- Sólo para proteger su seguridad física o la seguridad de otras personas.
- Sólo para facilitar las cosas para su familia, encargado de la atención, tutor o profesores.
- Sólo para ayudar con conductas que no forman parte de sus problemas de salud mental.

Usted no puede recibir los TBS mientras se encuentre en un hospital de salud mental, una IEM o un reformatorio judicial juvenil, tal como un correccional para menores. Si usted se encuentra en un hospital de salud mental o en una IEM, puede dejar el hospital mental o IEM más pronto, ya que los TBS se pueden complementar con otros servicios especializados de salud mental para ayudarlo a permanecer en un nivel de atención inferior (hogar, hogar sustituto o un hogar grupal).

## ¿Cómo Obtengo los TBS?

Si piensa que necesita los TBS, pregunte a su psiquiatra, terapeuta o administrador de caso, si ya tiene uno, o contacte al MHP y solicite los servicios. Un miembro de la familia, encargado de la atención, tutor, doctor, psicólogo, consejero o trabajador social puede llamar y pedir información acerca de los TBS u otros servicios especializados de salud mental para usted. También puede llamar al MHP y preguntar acerca de los TBS.

### **¿Quién Decide Si Necesito los TBS Y Dónde los Obtengo?**

El MHP decide si necesita los servicios especializados de salud mental, incluyendo los TBS. Por lo general, una persona del MHP hablará con usted, su familia, encargado del cuidado o guardián y otras personas importantes en su vida y elaborará un plan para todos los servicios de salud mental que usted necesita, incluyendo un plan de TBS, si éstos son necesarios. Esto implicará una o dos reuniones personales, en algunos casos son más. Si necesita los TBS, se le asignará una persona como su trabajador de servicios de TBS.

### **¿Qué Se Debe Incluir En Mi Plan de Servicios de TBS?**

Su plan de TBS detallará los problemas de conducta que necesitan cambiarse y qué es lo que el personal de TBS, usted y algunas veces su familia, encargado del cuidado o guardián harán cuando se provean los servicios de TBS. El plan de TBS indicará cuántas horas al día y cuántos días de la semana el personal de TBS trabajará con usted y su familia, encargado del cuidado o guardián. Las horas en el Plan de TBS pueden ser durante el día, temprano por la mañana, tarde o noche. Los días en el Plan de TBS pueden incluir fines de semanas, así como días de semana. El plan de TBS indicará por cuánto tiempo recibirá los servicios de TBS. El Plan de TBS será revisado regularmente. Los servicios de TBS pueden continuar por un período más prolongado si la revisión demuestra que usted va progresando, pero que necesita más tiempo.

## CRITERIOS DE 'NECESIDAD MÉDICA'

### ¿Qué es una 'Necesidad Médica' Y Por Qué Es Tan Importante?

Una de las condiciones necesarias para recibir servicios especializados de salud mental a través del MHP de su condado es algo que se llama 'necesidad médica'. Esto significa que un doctor u otro profesional de salud mental hablará con usted para decidir si existe una necesidad médica de los servicios, o si se le puede ayudar mediante los servicios en caso de recibirlos.

El término 'necesidad médica' es importante porque lo ayudará a decidir qué tipo de servicios puede recibir y cómo puede obtenerlos. Decidir una 'necesidad médica' es una parte muy importante del proceso para obtener servicios especializados de salud mental.



### ¿Cuáles Son los Criterios de 'Necesidad Médica' Para la Cobertura de los Servicios Especializados de Salud Mental a Excepción de los Servicios de Hospitalización?

Como parte de la decisión sobre la necesidad de los servicios especializados de salud mental, el MHP de su condado trabajará con usted y su proveedor para decidir si los servicios constituyen una 'necesidad médica', tal como se explicó anteriormente. Esta sección explica cómo su MHP tomará esa decisión.

No necesita saber si tiene un diagnóstico, o una enfermedad mental específica, para pedir ayuda. Su MHP del condado le ayudará a obtener esta información a través de una evaluación. Existen cuatro condiciones que su MHP tomará en cuenta para decidir si sus servicios constituyen una 'necesidad médica' y si califica para la cobertura por parte del MHP.

**(1) El MHP debe determinar que usted presenta una de las siguientes enfermedades mentales que aparecen en el "Diagnostic and Statistical Manual", Cuarta Edición, publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana:**

- Trastornos Dominantes del Desarrollo, excepto los Trastornos Autísticos
- Trastornos Perjudiciales de Conducta y Déficit de Atención
- Trastornos Alimenticios en la Infancia y al Inicio de la Niñez
- Trastornos de Eliminación
- Otros Trastornos de la Infancia, Niñez o Adolescencia
- Esquizofrenia y otros Trastornos Sicóticos
- Trastornos del Humor
- Trastornos de Ansiedad
- Trastornos Ficticios
- Trastornos de Disociación
- Parafilia
- Trastorno de Identidad de Género
- Trastornos Alimenticios
- Trastornos del Control de Impulsos No Clasificados en Ninguna Otra Parte
- Trastornos de Adaptación
- Trastornos de Personalidad, excluyendo el Trastorno de Personalidad Antisocial
- Trastornos Motrices Inducidos por los Medicamentos relacionados con otros diagnósticos incluidos.

**No necesita conocer su diagnóstico para pedirle al MHP una evaluación a fin de verificar si necesita servicios de salud mental de especialidad del MHP.**

**Y**

**(2) Usted debe tener por lo menos uno de los siguientes problemas como resultado del diagnóstico:**

- Una dificultad significativa en un área importante del funcionamiento vital
- Probabilidad de un deterioro significativo en un área importante del funcionamiento vital
- A excepción de lo indicado en la sección para personas menores de 21 años, una probabilidad de que un niño no progrese en su desarrollo individual de manera adecuada.

**Y**

**(3) La expectativa es que el tratamiento propuesto:**

- Reduzca significativamente el problema.
- Evite el deterioro significativo en un área importante del funcionamiento vital.
- Permita a un niño progresar en su desarrollo individual de manera adecuada.

**Y**

**(4) La condición podría no responder a un tratamiento basado en el cuidado de salud física.**

Cuando se cumplen los requisitos de esta sección de 'necesidad médica', usted está autorizado para recibir los servicios especializados de salud mental del MHP.

**Si NO reúne estos requisitos, eso no significa que usted no pueda recibir ayuda. Puede recibir atención médica de su doctor habitual Medi-Cal, o a través del programa estándar Medi-Cal.**

### **¿Cuáles Son los Requisitos de 'Necesidad Médica' Para la Cobertura de los Servicios Especializados de Salud Mental Para Personas Menores de 21 Años de Edad?**

Si tiene menos de 21 años, cuenta con un Medi-Cal completo y tiene uno de los diagnósticos mencionados en el (1) anterior, pero no cumple con los criterios en el (2) y (3), el MHP necesitará trabajar con usted y su proveedor para decidir si el tratamiento de salud mental corregirá o mejorará su salud mental. Si los servicios que cubre el MHP corregirán o mejorarán su salud mental, el MHP brindará los servicios.

### **¿Cuáles son los Requisitos de 'Necesidad Médica' para el Reembolso de los Servicios de Hospitalización Psiquiátricos?**

Una forma de que su MHP decida si necesita pasar la noche en el hospital por tratamiento de salud mental es saber cuán "medicamento necesario" resulta para su tratamiento. Si es medicamento necesario, tal como se explicó anteriormente, entonces su MHP pagará su permanencia en el hospital. Se realizará una evaluación que ayude a llegar a esta determinación.

Cuando usted, el MHP o su proveedor de MHP planifiquen su admisión en el hospital, el MHP decidirá sobre la necesidad médica antes de que usted vaya al hospital. A menudo, las personas van al hospital en una emergencia y el MHP y el hospital trabajan juntos para decidir sobre la necesidad médica. No tiene que preocuparse de si los servicios son o no son medicamento necesarios si usted va al hospital en caso de emergencia (véase la página 6 de la Sección del Estado de California para más información acerca de cómo se cubren las emergencias).

**Si necesita estos servicios hospitalarios, su MHP pagará al hospital por el ingreso, siempre que reúna las condiciones (criterios de necesidad médica) mencionadas a la derecha.**

**Si sufre una enfermedad mental o tiene síntomas de enfermedad mental y no puede ser tratado de manera segura a un nivel de atención menor y, debido a la enfermedad mental o síntomas de enfermedad mental, usted:**

- Representa un peligro actual para sí mismo o para otras personas, o destrucción significativa de la propiedad.
- No puede proveer o utilizar alimentos, ropa o cobijo.
- Representa un riesgo severo para su salud física.
- Presenta un deterioro significativo y reciente en su capacidad para realizar funciones y
- Necesita una evaluación psiquiátrica, tratamiento con medicamentos u otro tratamiento que sólo puede ser ofrecido en el hospital.

**El MHP de su condado pagará por una permanencia más extensa en un hospital de internamiento psiquiátrico si presenta algunos de los siguientes puntos:**

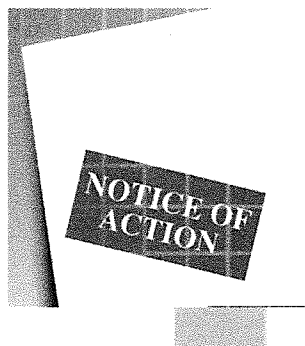
- La presencia continua de un criterio de 'necesidad médica' como se describió anteriormente.
- Una reacción seria y negativa a las medicaciones, procedimientos o terapias, lo que requiere hospitalización continuada.
- Presencia de nuevos problemas que coinciden con el criterio de necesidad médica.
- Necesidad de una evaluación médica o tratamiento continuo que sólo puede ofrecer un hospital psiquiátrico de internamiento.

El MHP de su condado puede hacer que le den de alta del hospital de internamiento psiquiátrico (permanencia de un día para otro) cuando su doctor informe que usted se encuentra estable: Es decir, cuando el doctor considere que no va a empeorar cuando salga del hospital.

## NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

### ¿Qué es una Carta de Notificación de Acción?

Una Notificación de Acción, a veces llamada NOA, es una forma que el Plan de Salud Mental (MHP) utiliza para informarle cuándo el MHP toma una decisión acerca de si usted recibirá o no los servicios especializados de salud mental de Medi-Cal. Una Carta de Notificación de Acción (NOA) también se utiliza para informarle si su reclamo, apelación o apelación acelerada no fue resuelto a tiempo, o si usted no obtuvo los servicios dentro de los estándares de tiempo de MHP para brindar los servicios.



### ¿Cuándo Recibiré una Carta de Notificación de Acción?

#### Usted recibirá una Carta de Notificación de Acción:

- Si su MHP o uno de los proveedores del MHP decide que usted no califica para recibir ningún servicio especializado de salud mental de Medi-Cal, porque usted no cumple con los criterios de necesidad médica. Véase la página 17 para obtener información sobre necesidad médica.
- Si su proveedor piensa que usted necesita un servicio especializado de salud mental y pide la aprobación del MHP, pero el MHP no está de acuerdo y dice que "no" a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia de servicio. La mayoría de veces, usted recibirá una Carta de Notificación de Acción antes de recibir el servicio, pero algunas veces la Carta de Notificación de Acción llegará después que usted ya haya recibido el servicio, o mientras lo esté recibiendo. Si recibe la Carta de Notificación de Acción después que ya ha recibido el servicio no tendrá que pagar por el servicio.
- Si su proveedor ha solicitado una aprobación al MHP, pero éste necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su MHP no le brinda servicios según los plazos establecidos por el MHP. Llame al MHP de su condado para averiguar si el MHP ha establecido estándares de tiempo.
- Si usted presenta una denuncia al MHP y éste no se comunica con usted con una decisión por escrito sobre una denuncia en un período de 60 días. Véase la página 28 para obtener mayor información sobre las denuncia.
- Si usted presenta una apelación al MHP y éste no se comunica con usted con una decisión por escrito sobre su apelación en un plazo máximo de 45 días, o si usted presentó una apelación acelerada, en un plazo máximo de tres días laborables. Véase la página 23 para obtener mayor información sobre los reclamos.

***Si bien la mayoría de condados puede manejar el Proceso de Resolución de Problemas de la manera indicada, puede existir ciertas diferencias en la forma de manejar esto entre los condados. Vea la información específica sobre su condado en la carátula de este folleto.***

***Se puede comunicar con el Defensor De La Salud Mental del Estado llamando al (800) 896-4042 (servicios de Interpretación disponibles) o TTY (800) 896-2512, enviando un fax a (916) 653-9194, o enviando un correo electrónico a [ombudsman@dmh.ca.gov](mailto:ombudsman@dmh.ca.gov).***

## **¿Qué Sucede Si No Obtengo los Servicios que Deseo del MHP de Mi Condado?**

El MHP de su condado le indica una forma de resolver un problema sobre cualquier tema relacionado con los servicios especializados de salud mental que usted está recibiendo: Se llama proceso de resolución de problemas y podría implicar:

- 1. El Proceso de Reclamo** -una expresión de descontento acerca de algo relacionado con los servicios especializados de salud mental, que no es uno de los problemas cubiertos por los procesos de Apelación y de Audiencia de Estado Justa.
- 2. El Proceso de Apelación** – revisión de una decisión (denegación o cambios de servicios) tomada sobre sus servicios especializados de salud mental por parte del MHP o su proveedor.

***O una vez que ha completado el proceso de resolución de problemas en el MHP, Usted puede solicitar:***

- 3. El Proceso de Audiencia de Estado Justa** – revisión para asegurar que usted reciba los servicios de salud mental a los que tiene derecho según el programa Medi-Cal.

Su MHP le proporcionará formularios de reclamo y apelación y sobres con nombre y dirección del remitente a usted en todos los sitios del proveedor, para que no tenga que pedirle a nadie que le proporcione uno. El MHP de su condado debe colocar avisos explicando los procedimientos del proceso de denuncia y apelación en todas las oficinas de los proveedores, y poner a disposición los servicios de interpretación de idiomas sin costo alguno, junto con números de teléfono gratuitos para ayudarlo durante las horas normales de oficina.

No se le sancionará por presentar un Reclamo, Apelación o Audiencia de Estado Justa y esto no se tomará contra usted. Cuando se finalice su denuncia o apelación, el MHP de su condado le comunicará a usted y a las demás personas involucradas el resultado final. Cuando su Audiencia de Estado Justa se finalice complete, la Oficina de Audiencia del Estado le comunicará a usted y a las demás personas involucradas el resultado final.

## **¿Puedo Obtener Ayuda Para Presentar Una Apelación, Reclamo O Solicitar Una Audiencia de Estado Justa?**

El MHP de su condado contará con personas disponibles para explicarle estos procesos y para ayudarlo a reportar un problema ya sea como un Reclamo, Apelación o solicitando una Audiencia de Estado Justa. Ellos también lo pueden ayudar a saber si califica para lo que se llama proceso 'urgente', lo cual significa que éste será revisado de manera más rápida, puesto que su salud o estabilidad están en riesgo. También puede autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo su proveedor de atención de salud mental.

## **¿Qué Sucede Si Necesito Ayuda Para Resolver Un Problema Con Mi MHP, Pero No Deseo Presentar Una Denuncia O Apelación?**

Usted puede obtener ayuda del Estado si está teniendo problemas para conseguir a las personas indicadas en el MHP que lo ayuden a encontrar una solución en el sistema de MHP. El Estado cuenta con el programa de Defensor De La Salud Mental Del Estado (The State Mental Health Ombudsman Services program), el cual puede brindarle información sobre cómo funciona el sistema del MHP, explicarle sus derechos y alternativas, ayudarlo a resolver los problemas para obtener los servicios





## Los PROCESOS de Apelaciones (Estándar y Acelerado)

que necesita y referirlo a otras personas en el MHP o en su comunidad que puedan ser de ayuda.

Su MHP tiene la responsabilidad de permitirle solicitar la revisión de una decisión tomada sobre sus servicios especializados de salud mental por parte del MHP o sus proveedores. Existen dos formas de solicitar una revisión. Una forma es utilizar el proceso de apelación estándar. La otra es utilizar el proceso de apelación urgente. Estas dos formas de apelación son similares, sin embargo, existen requisitos específicos para calificar para una apelación urgente. A continuación se explican estos requisitos.

### ¿Qué es una Apelación Estándar?

Una *Apelación Estándar* es una solicitud de revisión de un problema que usted tiene con el MHP o su proveedor, el cual implica que los servicios fueron negados o que hubo un cambio en los servicios que usted piensa que necesita. Si usted solicita una apelación estándar al MHP puede tomar hasta 45 días para darle una respuesta. Si cree que esperar 45 días pondría en riesgo su salud, debe pedir una `apelación urgente.

#### El proceso de apelación estándar:

- Le permitirá presentar una apelación en persona, por teléfono o por escrito. Si usted presenta su apelación en persona o por teléfono, usted debe hacerle un seguimiento con una apelación escrita firmada. Usted puede obtener ayuda para escribir la apelación. Si usted no realiza un seguimiento con una apelación escrita firmada, su apelación no será resuelta. Sin embargo, la fecha en que realizó la apelación oral es la fecha de presentación.
- Garantizará que el hecho de presentar una apelación no se tome en contra de usted ni de su proveedor de ninguna manera.
- Le permitirá autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo a un proveedor. Si usted autoriza a otra persona a actuar en su nombre, el MHP podría pedirle que firme un formulario autorizando al MHP a divulgar información a esa persona.
- Le permitirá seguir gozando de sus beneficios luego de su solicitud de una Apelación dentro de un marco de tiempo requerido, que es 10 días a partir de la fecha en que se le envió por correo su Notificación de Acción o se la entregó personalmente. Usted no puede pagar por servicios continuos si tiene una Apelación pendiente.
- Garantizará que las personas que toman las decisiones están calificadas para hacerlo y no están involucradas en ningún nivel previo de revisión o de toma de decisiones.
- Le permitirá a usted o a su representante examinar su archivo de caso, incluyendo su registro médico y cualquier otro documento o registro considerado durante el proceso de apelación, antes y durante el proceso de apelación.
- Le permitirá tener una oportunidad razonable de presentar evidencia y alegatos de hecho o de ley, en persona o por escrito.
- Le permitirá a usted, a su representante o al representante legal de la propiedad de un beneficiario fallecido ser incluido como parte de la apelación.
- Le permitirá saber que se está revisando su apelación enviándole una confirmación por escrito.
- Le informará sobre su derecho a solicitar una Audiencia de Estado Justa luego de completar el proceso de Apelación.

## ¿Cuándo Puedo Presentar una Apelación?

### **Usted puede presentar una apelación al MHP de su condado:**

- Si su MHP o uno de los proveedores del MHP decide que usted no califica para recibir ningún servicio especializado de salud mental de Medi-Cal, porque usted no cumple con los criterios de necesidad médica. Véase la página 17 para obtener información sobre necesidad médica.
- Si su proveedor piensa que usted necesita un servicio especializado de salud mental y pide la aprobación del MHP, pero el MHP no está de acuerdo y dice que “no” a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia de servicio.
- Si su proveedor ha solicitado una aprobación al MHP, pero éste necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su MHP no le brinda servicios según los plazos establecidos por el MHP.
- Si usted no piensa que el MHP está brindando los servicios lo suficientemente rápido para satisfacer sus necesidades.
- Si su reclamo, apelación o apelación acelerada no fue resuelto a tiempo.
- Si usted y su proveedor no llegan a un acuerdo sobre los servicios que necesita.

## ¿Cómo Puedo Presentar una Apelación?

Vea la primera sección de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación a su MHP. Puede llamar al número de teléfono gratuito del MHP de su condado (también se incluye en la primera sección de este folleto) para obtener ayuda para presentar una apelación. El MHP le proporcionará sobres con nombre y dirección del remitente a todos los sitios del proveedor para que los envíe por correo con su apelación.

## ¿Cómo Sé si Mi Apelación Ha Sido Resuelta?

**Su MHP le comunicará a usted y a su representante por escrito en cuanto a la decisión sobre su apelación. Esta notificación contendrá la siguiente información:**

- Los resultados del proceso de resolución de apelación.
- La fecha en que se tomó la decisión sobre la apelación.
- Si la apelación no se resolvió completamente a su favor, la carta también contendrá información respecto de sus derechos a una Audiencia de Estado Justa y al procedimiento para presentar una solicitud de Audiencia de Estado Justa.

## ¿Existe una Fecha Límite para Presentar una Apelación?

Usted debe presentar una apelación en un plazo máximo de 90 días a partir de la fecha de la acción que usted está apelando cuando recibe una Carta de Acción (véase la página 20). Recuerde que no siempre va a recibir una Carta de Acción. No hay fechas límites para presentar una apelación cuando no recibe una Carta de Acción, por tanto, puede presentarla en cualquier momento.

## **¿Cuándo Se Tomará Una Decisión En Cuanto A Mi Apelación?**

El MHP debe tomar una decisión sobre su apelación en un plazo máximo de 45 días calendario cuando el MHP recibe su solicitud de apelación. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si el MHP considera que se necesita información adicional y que la demora es en su beneficio. Un ejemplo de demora que es en su beneficio es cuando el MHP considera que podría aprobar su apelación si tuviera un poco más de tiempo para obtener información de usted o de su proveedor.

## **¿Qué Sucede si no Puedo Esperar 45 Días para la Decisión sobre mi Apelación?**

El proceso de apelación puede ser más rápido si califica para el proceso de apelación acelerado. (Véase la sección sobre Apelaciones Aceleradas a continuación.)

## **¿Qué es una Apelación Acelerada?**

Una apelación acelerada es una manera más rápida de resolver una apelación. El proceso de apelación acelerada sigue un procedimiento similar al del proceso de apelación estándar. Sin embargo,

- Su apelación tiene que cumplir ciertos requisitos (ver a continuación).
- El proceso de apelación acelerada también sigue fechas límites diferentes que las apelaciones estándar.
- Usted puede realizar una solicitud verbal de una apelación acelerada. No tiene que colocar su solicitud de apelación acelerada por escrito.

## **¿Cuándo Puedo Presentar una Apelación Acelerada?**

Si usted piensa que esperar hasta 45 días por una decisión de apelación estándar pondrá en peligro su vida, su salud o su capacidad de lograr, mantener o recuperar su máxima funcionalidad, usted puede solicitar una apelación acelerada. Si el MHP está de acuerdo con que su apelación cumple con los requisitos de una apelación acelerada, su MHP resolverá su apelación acelerada en un plazo máximo de 3 días laborables después que el MHP recibe la apelación acelerada. Los plazos pueden extenderse hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión o si el MHP considera que se necesita información adicional y que la demora es en su beneficio. Si su MHP extiende los plazos, el MHP le dará una explicación por escrito respecto de por qué se han extendido los plazos.

Si el MHP decide que su apelación no califica para una apelación acelerada, su MHP se lo comunicará verbalmente de inmediato y lo notificará por escrito en un plazo máximo de 2 días calendario. Su apelación luego seguirá los plazos de la apelación estándar descritos anteriormente en esta sección. Si no está de acuerdo con la decisión del MHP sobre que su apelación no cumple con los criterios de apelación acelerada, usted puede presentar un reclamo (véase la descripción del proceso de reclamo a continuación).

Una vez que su MHP resuelve su apelación acelerada, el MHP le comunicará a usted y a todas las partes afectadas verbalmente y por escrito.



## Los PROCESOS de Audiencia Justa del Estado

(Estándar y Acelerado)

### ¿Qué es una Audiencia de Estado Justa?

Una Audiencia de Estado Justa es una revisión independiente llevada a cabo por el Departamento de Servicios Sociales de California para garantizar que usted reciba los servicios especializados de salud mental a los que tiene derecho según el programa Medi-Cal.

### ¿Cuáles son Mis Derechos en una Audiencia de Estado Justa?

**Usted tiene derecho a:**

- Tener una audiencia ante el Departamento de Servicios Sociales de California (también llamada Audiencia de Estado Justa).
- Ser informado sobre cómo pedir una Audiencia de Estado Justa.
- Ser informado sobre las reglas que regulan la representación en la Audiencia de Estado Justa.
- Tener beneficios continuados luego de su solicitud durante el proceso de Audiencia de Estado Justa si usted solicita la Audiencia de Estado Justa dentro de los plazos requeridos.



### ¿Cuándo Puedo Presentar una Solicitud de Audiencia de Estado Justa?

**Puede presentar una solicitud de Audiencia de Estado Justa:**

- Si usted ha completado el proceso de Reclamo y/o Apelaciones del MHP.
- Si su MHP o uno de los proveedores del MHP decide que usted no califica para recibir ningún servicio especializado de salud mental de Medi-Cal, porque usted no cumple con los criterios de necesidad médica. Véase la página 17 para obtener información sobre necesidad médica.
- Si su proveedor piensa que usted necesita un servicio especializado de salud mental y pide la aprobación del MHP, pero el MHP no está de acuerdo y dice que "no" a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia de servicio.
- Si su proveedor ha solicitado una aprobación al MHP, pero éste necesita más información para tomar una decisión y no completa el proceso de aprobación a tiempo.
- Si su MHP no le brinda servicios según los plazos establecidos por el MHP.
- Si usted no piensa que el MHP está brindando los servicios lo suficientemente rápido para satisfacer sus necesidades.
- Si su Reclamo, apelación o Apelación Estándar o Apelación Acelerada no fue resuelto a tiempo.
- Si usted y su proveedor no llegan a un acuerdo sobre los servicios que necesita.

### ¿Cómo Solicito Una Audiencia de Estado Justa?

**Usted puede solicitar una Audiencia de Estado Justa directamente del Departamento de Servicios Sociales de California. Puede solicitar una Audiencia de Estado Justa por escrito a:**

State Hearing Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 9424443, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Para solicitar una Audiencia de Estado Justa, también puede llamar al 1(800) -952-5253, enviar un fax a (916) -229-4110 o escribir al Departamento de Servicios Sociales/División de Audiencias de Estado, P.O. Box 944243, Mail Station 19-37, Sacramento, CA 94244-2430.

### **¿Existe Una Fecha Límite Para Presentar Una Solicitud De Audiencia de Estado Justa?**

Si no recibió una notificación de acción, puede presentar una solicitud de Audiencia de Estado Justa en cualquier momento.

### **¿Puedo Continuar Con Los Servicios Mientras Espero La Decisión Sobre La Audiencia de Estado Justa?**

Usted puede continuar con los servicios mientras está esperando una decisión sobre la Audiencia de Estado Justa si su proveedor piensa que el servicio especializado de salud mental que ya está recibiendo necesita continuarse y pide la aprobación del MHP para continuar, pero el MHP no está de acuerdo y dice que “no” a la solicitud de su proveedor, o cambia el tipo o frecuencia del servicio que el proveedor ha solicitado. Siempre va a recibir una notificación de acción por parte del MHP cuando esto suceda. Además, usted no tendrá que pagar por los servicios prestados mientras la Audiencia de Estado Justa esté pendiente.

### **¿Qué Debo Hacer Si Deseo Continuar Con Los Servicios Mientras Espero La Decisión Sobre La Audiencia de Estado Justa?**

Si usted desea que los servicios continúen durante el proceso de Audiencia de Estado Justa, debe solicitar una Audiencia de Estado Justa en un plazo máximo de 10 días a partir de la fecha en que se le envió o entregó personalmente la Carta de Notificación de Acción.

### **¿Qué Sucede Si No Puedo Esperar 90 Días Por La Decisión Sobre La Audiencia de Estado Justa?**

Puede pedir una Audiencia de Estado Justa acelerada (más rápida) si usted piensa que el plazo normal de 90 días le ocasionará serios problemas con su salud mental, incluyendo problemas con su capacidad para ganar, mantener o recuperar funciones vitales importantes. El Departamento de Servicios Sociales, División de Audiencias de Estado, revisará su solicitud de Audiencia de Estado Justa acelerada y decidirá si califica. Si su solicitud de audiencia acelerada es aprobada, se llevará a cabo una audiencia y se tomará una decisión sobre la audiencia en un plazo máximo de 3 días laborables a partir de la fecha en que la División de Audiencias de Estado recibe su solicitud.

## ■ ■ ■ ■ ■ El PROCESO de Reclamo

**Algunas de las palabras que se utilizaban en el 2003 para describir los procesos del MHP a fin de ayudarle a resolver sus problemas con el MHP han cambiado. Puede que ya no necesite solicitar una Audiencia de Estado Justa durante el proceso de Reclamo o Apelaciones.**

### ¿Qué es un Reclamo?

Un reclamo es una expresión de descontento acerca de algo relacionado con los servicios especializados de salud mental, que no es uno de los problemas cubiertos por los procesos de Apelación y de Audiencia de Estado Justa (véase las páginas 23 y 26 para obtener información sobre los procesos de Apelación y de Audiencia de Estado Justa).

#### El proceso de reclamo:

- Implica procedimientos simples y fáciles de entender que le permiten presentar su reclamo en forma oral o escrita.
- No se toma en contra de usted o de su proveedor de ninguna manera.
- Le permite autorizar a otra persona a actuar en su nombre, incluyendo a su proveedor. Si usted autoriza a otra persona a actuar en su nombre, el MHP podría pedirle que firme un formulario autorizando al MHP a divulgar información a esa persona.
- Garantiza que las personas que toman las decisiones están calificadas para hacerlo y no están involucradas en ningún nivel previo de revisión o de toma de decisiones.
- Identifica los roles y responsabilidades suyos, de su MHP y de su proveedor.
- Brinda una solución a su reclamo en los plazos requeridos.

### ¿Cuándo Puedo Presentar un Reclamo?

Puede presentar un reclamo al MHP si no está contento con los servicios especializados de salud mental que está recibiendo del MHP o si tiene alguna otra inquietud respecto del MHP.

### ¿Cómo Puedo Presentar un Reclamo?

Puede llamar al número de teléfono gratuito del MHP de su condado para obtener ayuda con un reclamo. El MHP le proporcionará sobres con nombre y dirección del remitente a todos los sitios de los proveedores para que envíe por correo su reclamo. Los reclamos se pueden presentar verbalmente o por escrito. Los reclamos orales no tienen que tener un seguimiento por escrito.

### ¿Cómo Sé si el MHP Recibió Mi Reclamo?

El MHP le informará que recibió su reclamo enviándole una confirmación por escrito.

### **¿Cómo Sé Si El MHP Ha Tomado Una Decisión Con Respecto A Mi Reclamo?**

Cuando se tome una decisión respecto de su denuncia, el MHP le comunicará a usted o a su representante por escrito sobre la decisión. Si su MHP no le comunica a usted o a las partes afectadas de la decisión sobre el reclamo a tiempo, entonces el MHP le proporcionará una Carta de Acción informándole sobre su derecho a solicitar una Audiencia de Estado Justa. Su MHP le proporcionará una Carta de Acción en la fecha que el plazo expire.

### **¿Existe una Fecha Límite para Presentar un Reclamo?**

Usted puede presentar un denuncia en cualquier momento.

## ¿Cuáles Son Mis Derechos?

**Como persona autorizada para recibir Medi-Cal, usted tiene derecho a recibir servicios especializados de salud mental médicamente necesarios por parte del MHP. Al acceder a estos servicios, usted tiene derecho a:**



- Ser tratado con respeto a su persona y respeto a su dignidad y privacidad.
- Recibir información sobre opciones y alternativas de tratamiento disponibles, y a conocer sobre ellos de una manera comprensible para usted.
- Participar en decisiones respecto de su atención de salud mental, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libre de cualquier forma de limitación o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia, sanción o represalia, tal como se especificó en las reglas federales acerca del uso de las limitaciones y reclusión en las instalaciones, como hospitales, instalaciones de atención especializada e instalaciones de tratamiento residencial psiquiátrico donde permanece de un día para otro por tratamiento.
- Solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y solicitar que se realicen las enmiendas o correcciones.
- Recibir la información en este folleto acerca de los servicios cubiertos por el MHP, las otras obligaciones del MHP y sus derechos, tal como se describieron en este documento. Usted tiene derecho a recibir esta y otra información brindada por el MHP en un formato que sea fácil de entender. Esto quiere decir, por ejemplo, que el MHP debe elaborar una información escrita disponible en los idiomas utilizados por al menos 5 por ciento o 3,000, lo que sea menor, de las personas elegibles para Medi-Cal en el condado del MHP y poner a disposición servicios de interpretación sin costo alguno para las personas que hablan otros idiomas. Esto también quiere decir que el MHP debe proporcionar materiales diferentes para las personas con necesidades especiales, como para las personas ciegas o que tienen alguna limitación en la visión o personas que tienen problemas de lectura.
- Recibir servicios especializados de salud mental por parte del MHP que sigue los requerimientos de su contrato con el Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, aseguramiento de capacidad y servicios adecuados, coordinación y continuidad de atención, y cobertura y autorización de servicios. El MHP debe:
  - Emplear o tener contratos escritos con suficientes proveedores para garantizar que todas las personas elegibles para Medi-Cal que califiquen para los servicios especializados de salud mental puedan recibirlos de manera oportuna.
  - Cubrir de manera oportuna los servicios médicamente necesarios fuera de la red para usted si el MHP no cuenta con un empleador o proveedor de contratos que pueda brindar los servicios. "Proveedor fuera de la red" significa un proveedor que no se encuentra en la lista de proveedores. El MHP debe asegurarse de que usted no realice ningún pago adicional por ver a un proveedor fuera de la red.
  - Asegurar que los proveedores estén calificados para brindar los servicios especializados de salud mental que el proveedor acordó cubrir.
  - Asegurar que los servicios especializados de salud mental que el MHP cubre sean adecuados en cantidad, duración y alcance para satisfacer las necesidades de las personas elegibles para Medi-Cal a las que sirve. Esto incluye asegurar que el sistema del MHP para autorizar el pago por los servicios se basa en una necesidad médica y utiliza



procesos para garantizar la aplicación justa de los criterios de necesidad médica.

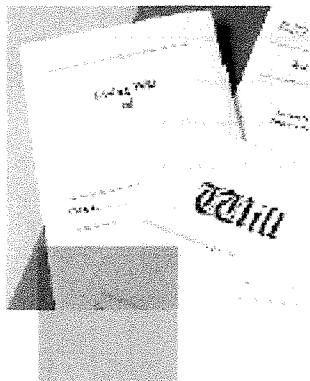
- Garantizar que sus proveedores realicen las evaluaciones adecuadas de las personas que pueden recibir servicios y que trabajen con las personas que recibirán los servicios para desarrollar un plan de tratamiento que incluya los objetivos del tratamiento y los servicios que se brindarán.
- Dar una segunda opinión de un profesional de atención de salud calificado dentro de la red del MHP, o de uno fuera de la red, sin costo adicional para usted.
- Coordinar los servicios que brinda con los servicios que se están brindando a una persona a través del plan de atención de salud administrada de Medi-Cal o de ser necesario con su proveedor de atención primaria, y en el proceso de coordinación garantizar que la privacidad de cada persona que esté recibiendo los servicios sea protegida, tal como se especifica en los reglamentos federales sobre la privacidad de la información de la salud.
- Proporcionar un acceso oportuno al cuidado, incluso poner a disposición los servicios las 24 horas al día, los 7 días de la semana, cuando sea médicamente necesario, para tratar una condición psiquiátrica de emergencia o una condición urgente o de crisis.
- Participar en los esfuerzos del Estado para promover el acceso de servicios de una manera culturalmente competente a los beneficiarios, incluyendo aquéllos con un nivel limitado de competencia en inglés y con antecedentes culturales y étnicos diversos.

Su MHP debe garantizar que su tratamiento no sea afectado de manera adversa como resultado del uso de sus derechos. Su MHP requiere que se sigan otras leyes Federales y Estatales aplicables (tales como: el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 tal como fue implementado por los reglamentos en el CFR 45 Parte 80, del Acta de Discriminación por Edad de 1975 tal como fue implementado por los reglamentos en el CFR 45 Parte 91; del Acta de Rehabilitación de 1973; y los Títulos II y III del Acta de Americanos con Discapacidades) así como los derechos citados aquí. Puede tener derechos adicionales según la ley estatal con respecto al tratamiento de salud mental y puede comunicarse al Departamento de Protección de los Derechos del Paciente de su condado con preguntas específicas (llame al departamento de salud mental de su condado que aparece en el directorio telefónico local y pregunte por el Representante de los Derechos del Paciente).

## ■ ■ ■ ■ ■ ÓRDENES ANTICIPADAS

### ¿Qué es una Orden Anticipada?

Usted tiene el derecho de tener una orden anticipada. Una orden anticipada es una instrucción por escrito acerca de su atención de salud que es reconocida según las leyes de California. Generalmente indica cómo desearía que se le brinde la atención de salud o informa las decisiones que desearía tomar, en caso que usted no pueda hablar por sí mismo. Algunas veces escuchará hablar de una orden anticipada como una voluntad en vida o un poder duradero.



Las leyes de California definen una orden anticipada como una instrucción de atención de salud de una persona, ya sea oral o escrita, o como un poder (documento escrito que otorga permiso a alguien para tomar decisiones por usted). Todos los MHP deben contar con políticas de orden anticipada en su lugar. Su MHP debe proporcionar a toda persona adulta elegible para Medi-Cal información escrita sobre las políticas de orden anticipada del MHP y una descripción de la ley estatal aplicable, en caso que la persona solicite la información. Si desea solicitar información, debe llamar al número de teléfono gratuito del MHP que aparece en la primera parte de este folleto para obtener mayor información.

Una orden anticipada está diseñada para permitir a las personas tener control sobre su propio tratamiento, especialmente cuando no están en capacidad de brindar las instrucciones sobre su propia atención. Se trata de un documento legal que permite a las personas indicar, por anticipado, qué desearía en caso de que ya no pueda tomar decisiones sobre su atención de salud. Esto puede incluir cosas como el derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico, cirugía o realizar otras elecciones de atención de salud. En California, una orden anticipada consta de dos partes:

1. Su designación de un agente (una persona) que tome decisiones sobre su atención de salud; y
2. Sus instrucciones personales sobre la atención de salud.

Si tiene alguna queja respecto de los requisitos de la orden anticipada, puede comunicarse al Departamento de Servicios de Salud de California, División de Permisos y Certificación llamando al 1(800)236-9747 o puede enviarla por correo al P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-1413.

## COMPETENCIA CULTURAL



### ¿Por Qué Son Importantes Las Consideraciones Culturales Y El Acceso Al Idioma?

Un sistema de salud mental competente culturalmente incluye habilidades, actitudes y políticas que garantizan la satisfacción de las necesidades de todos dentro de una sociedad con diversos valores, creencias y orientaciones, además de razas, religiones e idiomas diferentes. Es un sistema que mejora la calidad de atención de todas las diversas poblaciones de California y les provee entendimiento y respeto por aquellas diferencias.

El MHP de su condado tiene la responsabilidad de brindar a las personas que atiende servicios especializados de salud mental competentes cultural y lingüísticamente. Por ejemplo: personas que no hablan inglés o que tienen un inglés limitado tienen el derecho de recibir los servicios en el idioma de su preferencia y de solicitar un intérprete. Si se solicita un intérprete, se debe brindar uno sin costo alguno. Las personas que buscan servicios no tienen que traer a sus propios intérpretes. Se dispone de interpretación escrita y oral de sus derechos, beneficios y tratamientos en el idioma de su preferencia. La información también está disponible en formatos alternativos si alguien no puede leer o tiene limitaciones de visión. La primera parte de este folleto le indica cómo obtener esta información.

El MHP de su condado debe:

- Brindar servicios especializados de salud mental en el idioma de su preferencia.
- Brindar evaluaciones y tratamientos culturalmente adecuados.
- Brindar una combinación de los diferentes enfoques específicos culturalmente para satisfacer las diversas necesidades culturales que existen en el condado del MHP para crear un sistema de respuesta seguro y de acuerdo con la cultura.
- Realizar esfuerzos para reducir las barreras del idioma.
- Realizar esfuerzos para satisfacer las necesidades específicas de la cultura de las personas que reciben los servicios.
- Brindar servicios sensibles a las opiniones de enfermedad y bienestar específicas de una cultura.
- Tomar en cuenta su visión del mundo al brindarle los servicios especializados de salud mental.
- Contar con un proceso para enseñar a los empleados y contratistas del MHP acerca de lo que significa vivir con una enfermedad mental desde el punto de vista de las personas que sufren de una enfermedad mental.
- Proveer una lista de los servicios culturales/ lingüísticos que están disponibles a través del MHP.
- Proveer una lista de los servicios especializados de salud mental y de otros servicios del MHP disponibles en su idioma principal (clasificados por ubicación y servicios brindados).
- Brindar servicios de interpretación oral sin costo alguno. Esto se aplica a todos los idiomas que no son el inglés.
- Proporcionar información escrita en los idiomas básicos, formatos alternativos y de una manera adecuada que considere las necesidades especiales de aquéllos que, por ejemplo, tienen limitaciones de visión o una limitada competencia de lectura.

**Las personas que no hablen Inglés o que tengan un conocimiento limitado del mismo tienen el derecho de recibir los servicios en el idioma que prefieran así como también el de pedir un Intérprete.**

- Proporcionar un número de teléfono gratuito, a nivel estatal, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana, con comunicación en su idioma para brindarle información acerca de cómo acceder a los servicios especializados de salud mental. Esto incluye los servicios necesarios para tratar sus condiciones urgentes y cómo utilizar los procesos de resolución de problemas y de Audiencia de Estado Justa del MHP.
- Averiguar por lo menos una vez al año si las personas de diversas comunidades culturales, étnicas y lingüísticas se ven a ellos mismos obteniendo el mismo beneficio de los servicios que las personas en general.

## ■ CÓMO SE LE BRINDARÁN LOS SERVICIOS

### ¿Cómo Recibo los Servicios Especializados de Salud Mental?

Si usted piensa que necesita los servicios especializados de salud mental, puede obtener los servicios preguntando usted mismo al MHP acerca de ellos. Puede llamar al número de teléfono gratuito de su MHP que aparece en la primera sección de este folleto. La primera de adelante de este folleto y la sección denominada "Servicios" en la página 9 de este folleto le proporciona información sobre los servicios y sobre cómo obtenerlos del MHP.

También puede ser referido a los servicios especializados de salud mental de su MHP de otras maneras. Su MHP debe aceptar referidos para los servicios especializados de salud mental de los doctores y otros proveedores de atención primaria que piensen que necesitan estos servicios y de su plan de salud de atención administrada de Medi-Cal, si es miembro. Generalmente, el proveedor o el plan de salud de atención administrada de Medi-Cal necesitará su permiso o el permiso del padre o encargado de la atención de un niño para hacer la referencia, a menos que se trate de una emergencia. Otras personas y organizaciones también pueden hacer referencias al MHP, incluyendo escuelas, departamentos de bienestar o servicios sociales del condado; protectores, tutores o miembros de la familia y entidades encargadas del cumplimiento de las leyes.



***Vea el directorio de proveedores que se encuentra después de esta sección para obtener mayor información sobre este tema o la primera sección de este folleto que presenta información sobre la aprobación específica de su MHP o información del tema.***

### ¿Cómo Consigo Un Proveedor Para Los Servicios Especializados De Salud Mental Que Necesito?

Algunos MHP le exigen que reciba la aprobación del MHP de su condado antes de comunicarse con un proveedor de servicios. Algunos MHP lo referirán a un proveedor que esté listo para atenderlo. Otros MHP le permitirán comunicarse a un proveedor directamente.

El MHP puede establecer algunas limitaciones a su elección de proveedores. El MHP de su condado debe darle una oportunidad de escoger entre al menos dos proveedores cuando usted obtiene por primera vez los servicios, a menos que el MHP tenga una buena razón por la cual no pueda dar a elegir, por ejemplo, si existe sólo un proveedor que le puede brindar el servicio que necesita. Su MHP también debe permitirle cambiar de proveedores. Cuando usted solicita un cambio de proveedores, el MHP debe permitirle escoger entre por lo menos dos proveedores, a menos que exista una buena razón para no hacerlo.

Algunas veces, los proveedores contratados por el MHP abandonan al MHP por decisión propia o a solicitud del MHP. Cuando esto sucede, el MHP debe hacer un esfuerzo de buena voluntad para proporcionar una notificación de interrupción por escrito del proveedor contratado del MHP, dentro de un plazo máximo de 15 días luego de recibir o emitir la notificación de interrupción, para cada persona que estuvo recibiendo los servicios especializados de salud mental del proveedor.

## Una vez que Consigo a un Proveedor, ¿el MHP Puede Informarle al Proveedor qué Servicios Obtengo?

Usted, su proveedor y el MHP están todos involucrados en la decisión sobre qué servicios necesita recibir a través del MHP siguiendo los criterios de necesidad médica y la lista de servicios cubiertos (véase las páginas 17 y 10). Algunas veces, el MHP dejará que usted y el proveedor tomen la decisión. Otras veces, el MHP puede exigir al proveedor que solicite al MHP revisar las razones por las que el proveedor considera que usted necesita un servicio antes de brindar los servicios. El MHP debe utilizar un profesional de salud mental calificado para realizar la revisión. Este proceso de revisión se llama proceso de autorización de pago del MHP. El Estado le exige al MHP que cuente con un proceso de autorización para tratamiento al día intensivo, rehabilitación diurna y los Therapeutic Behavioral Services o TBS.

El proceso de autorización del MHP debe seguir plazos específicos. Para una autorización estándar, el MHP debe tomar una decisión sobre la solicitud de su proveedor dentro de un plazo máximo de 14 días calendario. Si usted o la solicitud de su proveedor o si el MHP considera que es en su beneficio obtener mayor información de su proveedor, el plazo puede extenderse por hasta 14 días calendario más. Un ejemplo de extensión que podría ser en su beneficio es cuando el MHP considera que podría aprobar la solicitud de autorización de su proveedor si el MHP obtuviera información adicional de su proveedor y si tuviera que denegar la solicitud en caso de no tener dicha información. Si el MHP extiende el plazo, el MHP le enviará una notificación por escrito informándole acerca de la extensión.

Si su proveedor o el MHP considera que su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar su máxima funcionalidad se verá en riesgo por un plazo de 14 días, el MHP debe tomar una decisión dentro de un plazo máximo de 3 días laborables. Si usted o la solicitud de su proveedor o si el MHP considera que es en su beneficio obtener mayor información de su proveedor, el plazo puede extenderse por hasta 14 días calendario adicionales.

Si el MHP no toma una decisión dentro del plazo requerido para una solicitud de autorización estándar o acelerada, el MHP debe enviarle una Notificación de Acción informándole que los servicios han sido denegados y que usted puede presentar una apelación o pedir una Audiencia de Estado Justa (véase la página 26).

Puede solicitar al MHP obtener información acerca de su proceso de autorización. Revise la primera sección de este folleto para saber cómo solicitar la información. Si no está de acuerdo con la decisión sobre el proceso de autorización del MHP, puede presentar una apelación al MHP o pedir una Audiencia de Estado Justa (véase la página 26).

***Si usted no recibió una lista de proveedores con este folleto, puede pedirle al MHP que le envíe una lista llamando al número de teléfono gratuito del MHP que aparece en la primera sección de este folleto.***

## ¿Qué Proveedores Utiliza mi MHP?

**La mayoría de MHP utiliza cuatro diferentes tipos de proveedores para brindar los servicios especializados de salud mental. Estos incluyen:**

**Proveedores Individuales:** Profesionales de salud mental, tales como doctores, que tienen contratos con el MHP de su condado para brindar servicios especializados de salud mental en un consultorio y/o comunidad.

**Proveedores Grupales:** Son grupos de profesionales de salud mental quienes, como un grupo de profesionales, tienen contratos con el MHP de su condado para ofrecer los servicios especializados de salud mental en un consultorio y/o comunidad.

**Proveedores de Organizaciones:** Son clínicas, entidades o instalaciones de salud mental que pertenecen o son manejadas por el MHP o que tienen contratos con el MHP de su Condado, para brindar servicios en una clínica y/o comunidad.

**Proveedores de Hospitales:** Usted puede recibir atención o servicios en un hospital. Esto puede ser como parte de un tratamiento de emergencia o debido a que su MHP brinda los servicios que usted necesita en este tipo de entornos.

Si es nuevo en el MHP, puede encontrar una lista completa de los proveedores en el MHP de su condado luego de esta sección del folleto que además contiene información acerca de la ubicación de los proveedores, los servicios especializados de salud mental que se brindan y otra información para ayudarlo a acceder a la atención, incluso información sobre los servicios culturales y lingüísticos que están disponibles por parte de los proveedores. Si tiene alguna pregunta acerca de los proveedores, llame al número de teléfono gratuito de su MHP que aparece en la primera sección de este folleto. Si usted no recibió una lista de proveedores con este folleto, puede pedirle al MHP que le envíe una lista llamando al número de teléfono gratuito del MHP que aparece en la primera sección de este folleto.



# Notas







## **Servicios de Medi-Cal para Niños y Adultos Jóvenes:**

### **Detección, Diagnóstico y Tratamiento Oportunos y Periódicos (Early & Periodic Screening, Diagnosis & Treatment-EPSDT) Servicios de Salud Mental**

---

**Este aviso es para niños y adultos jóvenes (menores de 21 años) que califican para recibir servicios de EPSDT de Medi-Cal y para sus cuidadores o tutores**

---

#### **¿Qué son los Servicios de EPSDT?**

- Los servicios de salud mental de EPSDT son servicios de Medi-Cal que corrigen o mejoran problemas de salud mental que su doctor u otro proveedor de atención de la salud haya notado, aún en aquellos casos en que el problema de salud no desaparecerá por completo. Los departamentos de salud mental del condado proporcionan los servicios de salud mental de EPSDT.
- Estos problemas podrían incluir tristeza, nerviosismo o ira, los cuales pueden hacer su vida difícil.
- **Usted debe ser menor de 21 años de edad y contar con la cobertura completa de Medi-Cal para recibir estos servicios.**

#### **Cómo obtener Servicios de EPSDT para usted (si es menor de 21 años) o para su hijo**

Pregunte a su doctor o clínica acerca de los servicios de EPSDT. Usted o su hijo podría recibir estos servicios si usted y su doctor, u otro proveedor de atención de salud, clínica (tales como el Child Health and Disability Prevention Program), o un departamento de salud mental del condado están de acuerdo en que usted o su hijo los necesita. Usted también podría llamar directamente a su departamento de salud mental del condado. La llamada es gratuita.

#### **Tipos de Servicios de EPSDT**

Algunos de los servicios que usted puede obtener a través de su departamento de salud mental del condado son:

- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Terapia familiar
- Asesoría en casos de crisis
- Administración de casos
- Programas de día especiales
- Medicación para su salud mental

Los servicios de asesoría y terapia se podrían proporcionar en su hogar, en la comunidad o en otra ubicación.

Su departamento de salud mental del condado y su doctor o proveedor decidirán si los servicios que usted solicita son médicamente necesarios.

#### **Los departamentos de salud mental del condado tienen que aprobar sus servicios de EPSDT.**

Cada departamento de salud mental del condado tiene un número de teléfono gratuito al cual usted puede llamar para pedir más información y para solicitar los servicios de salud mental de EPSDT.

#### **¿Qué son los Therapeutic Behavioral Services de EPSDT?**

Los Therapeutic Behavioral Services (TBS) son un servicio especializado de salud mental de EPSDT.

Los TBS ayudan a niños y adultos jóvenes que:

- Tienen problemas emocionales severos;
- Viven en una institución de salud mental o están en riesgo de ser ubicados en una de ellas; o
- Han sido hospitalizados recientemente debido a problemas de salud mental o están en riesgo de hospitalización psiquiátrica.

Si usted recibe otros servicios de salud mental y aún se siente muy triste, nervioso o enojado, usted podría tener acceso a un asistente de salud mental capacitado para ayudarlo. Esta persona podría ayudarlo cuando usted tiene problemas que pueden causarle enojo, disgusto o tristeza. Esta persona podría visitar su hogar, el centro donde vive o acompañarlo en sus actividades en la comunidad.

El departamento de salud mental de su condado puede indicarle cómo pedir una evaluación para ver si usted necesita servicios de salud mental, incluyendo los TBS.

### **¿Con quién puedo hablar acerca de los servicios de salud mental de EPSDT?**

Su doctor, psicólogo, consejero, trabajador social u otro proveedor de servicios sociales o de salud puede ayudarle a encontrar servicios de salud mental de EPSDT. En el caso de niños y adultos jóvenes que viven en un centro o instalaciones residenciales, hable con el personal acerca de los servicios adicionales de EPSDT.

Para niños en crianza temporal, consulte con el abogado del niño que ha sido nombrado por la corte. Usted también puede llamar directamente a su departamento de salud mental del condado. (Busque en su guía telefónica el número gratuito o llame a la Oficina de Servicios de Mediación para la Salud Mental del Department of Health Care Services).

### **¿Qué pasa si el departamento de salud mental de mi condado no me brinda los servicios que quiero?**

Puede presentar una apelación en el departamento de salud mental de su condado si ellos le niegan los servicios de EPSDT solicitados por su doctor o proveedor. Usted también podría presentar una apelación si usted piensa que necesita servicios de salud mental y su proveedor o el departamento de salud mental del condado no está de acuerdo.

Llame al número gratuito del departamento de salud mental del condado para hablar con un coordinador de Resolución de Problemas (queja/apelación) para pedir información y ayuda. Usted también podría llamar al defensor de los derechos de los pacientes en el condado o a la Oficina de Servicios de Mediación para la Salud Mental del Department of Health Care Services.

Puede pedir una audiencia estatal dentro de los 90 días después de haber agotado el proceso de apelación ante el departamento de salud mental del condado mediante una de las acciones siguientes:

- **Llamar al:** 1-800-952-5253, o para TTY 1-800-952-8349;
- **Enviar Fax:** 916-651-5210; o al 916-651-2789
- **Escribir a:** California Department of Social Services, State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430.

### **¿Dónde puedo obtener información?**

Para más información por favor comuníquese con las siguientes oficinas a través de los números de teléfono que aparecen a continuación.

#### **Número de acceso gratuito del Departamento de Salud Mental del Condado**

Busque en su guía telefónica local

#### **La Oficina de Servicios de Mediación para la Salud Mental del Department of Health Care Services**

1-800-896-4042

#### **Sitio web del Department of Health Care Services**

[www.dhcs.ca.gov](http://www.dhcs.ca.gov)

Para encontrar información adicional acerca de la salud mental y los EPSDT, visite las páginas web siguientes:

[www.dhcs.ca.gov/services/mh](http://www.dhcs.ca.gov/services/mh)

[www.dhcs.ca.gov/services/mh/pages/EPSDT.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/mh/pages/EPSDT.aspx)



# KINGS VIEW

1393 Bailey Drive Hanford, Ca 93230  
Teléfono: 559-582-4481  
Fax: 559-582-6547

## Provider Listing

Ultima Actualizada: **12/30/2021**

### Servicios de Acceso y Crisis

| Nombre              | Otro Lenguaje | Género | Título                                             | Credencial                                  | Ubicación | Número de teléfono/extensión |
|---------------------|---------------|--------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|------------------------------|
| Acosta-Perez, Della | Español       | F      | Terapeuta de Salud Mental                          | Trabajador Social Asociado                  | Hanford   | 559-582-4481 x2039           |
| Carrico, Tracy      |               | F      | Especialista en Acceso/Crisis - Despues de Horas   | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481                 |
| Dawson, Quita       |               | F      | Administradora de Casos                            |                                             | Hanford   | 559-582-4481 x1082           |
| Garibay, Shavonne   |               | F      | Supervisor Clinico de Gerente de Casos - Intensivo | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 x2071           |
| Kimble, Daniel      |               | M      | Terapeuta de Salud Mental                          | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 X2060           |
| Leger, Constance    |               | F      | Especialista en Acceso/Crisis                      | Licensiada Trabajador Social Clinico        | Hanford   | 559-582-4481                 |
| Molinet, Oria       | Español       | F      | Administrador de Casos - Crisis                    |                                             | Hanford   | 559-582-4481                 |
| Parrish, Alice      | Español       | F      | Administrador de Casos - Intensivo                 |                                             | Hanford   | 559-582-4481 x2001           |
| Rolfsema, David     |               | M      | Especialista en Acceso/Crisis                      | Licensiado Trabajador Social Clinico        | Hanford   | 559-582-4481 x2013           |
| Schenley, Agnes     |               | F      | Especialista en Acceso/Crisis                      | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481                 |
| Thurman-Hatch, Amy  |               | F      | Gerente Clinico de Acceso/Crisis                   | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 x2046           |
| Torrez, Geneva      |               | F      | Administrador de Casos - Intensivo                 |                                             | Hanford   | 559-582-4481 x2022           |
| Williams, Jason     |               | M      | Especialista en Acceso/Crisis                      | Licensiado Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 x2009           |

### Sistema de Cuidado Infantil

| Name                | Otro Lenguaje | Género | Título                                          | Credencial                                  | Ubicación | Número de teléfono/extensión |
|---------------------|---------------|--------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|------------------------------|
| Davis, Carolina     | Español       | F      | Administrador de Casos                          |                                             | Hanford   | 559-582-4481 x2065           |
| Martinez, Alejandra | Español       | F      | Terapeuta de Salud Mental                       | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 x2032           |
| Reynolds, Rebecca   |               | F      | Gerente Clinico del Sistema de Cuidado Infantil | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 x2006           |
| Ramstad, Ashley     |               | F      | Terapeuta de Salud Mental                       | Asociada Registrado MFT                     | Hanford   | 559-582-4481 x2021           |

### Servicios de Psiquiatría

| Name                 | Otro Lenguaje | Género | Título                            | Credencial                        | Ubicación         | Número de teléfono/extensión |
|----------------------|---------------|--------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------------------|
| Ahmed, Zaheer        |               | M      | Psiquiatra                        | Medico                            | Hanford Telepsych | 559-582-4481                 |
| Cano, Isabel         | Español       | F      | Enfermera                         | Tecnico Psiquiatrico con Licencia | Hanford           | 559-582-4481                 |
| Chu, Wen             |               | M      | Psiquiatra                        | Medico                            | Hanford Telepsych | 559-582-4481                 |
| Frappier, Kathy      |               | F      | Enfermera                         | Tecnico Psiquiatrico con Licencia | Hanford           | 559-582-4481 x2034           |
| Hall, Stefani        |               | F      | Supervisora de Enfermeria         | Tecnico Psiquiatrico con Licencia | Hanford           | 559-582-4481 x2079           |
| Licon, Anna          | Español       | F      | Enfermera                         | Tecnico Psiquiatrico con Licencia | Hanford           | 559-582-4481 x2003           |
| Mariano, Romeo       |               | M      | Psiquiatra                        | Medico                            | Hanford-Avenal    | 559-582-4481                 |
| McFayden Danielle    |               | F      | Enfermera                         | Tecnico Psiquiatrico con Licencia | Hanford           | 559-582-4481                 |
| Palma, Doxie         |               | F      | Practicante de Enfermera Familiar |                                   | Hanford           | 559-582-4481                 |
| Smith, Marie Janelle | Español       | F      | Enfermera                         | Tecnico Psiquiatrico con Licencia | Hanford           | 559-582-4481                 |
| Smith, Anisha        |               | F      | Psiquiatra                        | Doctor en Osteopatía              | Hanford           | 559-582-4481                 |
| Truta, Mircea        |               | M      | Psiquiatra                        | Medico                            | Hanford           | 559-582-4481                 |

### Sistema de Atencion Para Adultos

| Nombre            | Otro Lenguaje | Género | Título                             | Credencial                                  | Ubicación | Número de teléfono/extensión |
|-------------------|---------------|--------|------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|------------------------------|
| Areias, Cassandra |               | F      | Líder del programa de Recuperación | Licensiada Terepeuta Matrimonial y Familiar | Hanford   | 559-582-4481 x2002           |
| Binney, Jason     |               | M      | Administrador de Casos             |                                             | Hanford   | 559-582-4481 x2024           |

**Todos Proveedores Aceptan Referencias**

|                                                         |         |   |                                                                |                                                              |         |                    |
|---------------------------------------------------------|---------|---|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------|--------------------|
| Conley, Maria                                           | Español | F | Administradora de Casos                                        | Certificado en Tratamiento de Adicciones                     | Hanford | 559-582-4481 x2048 |
| Cruz, Elizabeth                                         |         | F | Terapeuta de Salud Mental                                      | Asociada Registrado MFT                                      | Hanford | 559-582-4481 x2019 |
| DeMasters, Tamara                                       |         | F | Administradora de Casos - Especialista en Alcance              | Certificado en Tratamiento de Adicciones                     | Hanford | 559-582-4481 x2077 |
| Gonzalez, Sandra                                        | Español | F | Terapeuta de Salud Mental                                      | Licenciada Terepeuta Matrimonial y Familiar                  | Hanford | 559-582-4481 x2033 |
| Hanna, Malia                                            |         | F | Mental Health Therapist                                        | Trabajador Social Asociado                                   | Hanford | 559-582-4481 x1015 |
| Miller, Janice                                          | Español | F | Terapeuta de Salud Mental                                      | Asociada Registrado MFT                                      | Hanford | 559-582-4481       |
| Maestas, Kelly                                          |         | F | Administradora de Casos                                        |                                                              | Hanford | 559-582-4481 x2007 |
| Parham, Deborah                                         |         | F | Lider del programa FSP                                         | Licenciada Terepeuta Matrimonial y Familiar                  | Hanford | 559-582-4481 x2016 |
| Rodriguez, Maria                                        | Español | F | Supervisora Clinico - Servicios Estables                       |                                                              | Hanford | 559-582-4481 x2049 |
| Romero, Obed                                            | Español | M | Terapeuta de Salud Mental                                      | Asociada Registrado MFT                                      | Hanford | 559-582-4481 x2066 |
| Sandoval, Karina                                        | Español | F | Terapeuta de Salud Mental                                      | Asociada Registrado MFT                                      | Hanford | 559-582-4481 x2075 |
| Taylor, Tom                                             |         | M | Terapeuta de Salud Mental                                      | Trabajador Social Clinico con Licencia                       | Hanford | 559-582-4481 x2078 |
| Zepeda, Lisa                                            |         | F | Gerente del Programa Clinico del Sistema de Cuidado de Adultos | Licenciada Terepeuta Matrimonial y Familiar                  | Hanford | 559-582-4481 x2042 |
| <b>HOSPITALES CONTRATADOS</b>                           |         |   |                                                                | <b>PROGRAMAS ESPECIALIZADO</b>                               |         |                    |
| Bakersfield Behavioral Healthcare Hospital, Bakersfield |         |   |                                                                | Programa de Tratamiento de Trastornos Conductuales           |         |                    |
| Kaweah Delta Mental Health Hospital, Visalia            |         |   |                                                                | Programa de Tratamiento Diagnostico Dual                     |         |                    |
| Community Behavioral Health Center, Fresno              |         |   |                                                                | Programa de Tratamiento para Delincuentes Sexuales Juveniles |         |                    |
| Aurora Vista Del Mar, Ventura                           |         |   |                                                                | Consejeria Basada en la escuela                              |         |                    |
|                                                         |         |   |                                                                | Servicios Terapeuticos Conductuales                          |         |                    |
|                                                         |         |   |                                                                | Programa de Tratamiento de Trastornos por uso de Sustancias  |         |                    |

Efectivo: 01 de Enero de 2017

## **SALUD CONDUCTUAL**

### **NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PRIVADA DE SU SALUD MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, por favor comuníquese con su proveedor o llame al (559) 256-0100.

#### **Quién Seguirá Esta Notificación**

Esta notificación describe las prácticas de privacidad de Kings View y la de:

- Todos los empleados, personal y otro personal de otra agencia;
- Cualquier estudiante, alumno en prácticas, voluntario o persona sin licencia que podría ayudarlo mientras usted este aquí;
- Cualquier profesional de salud autorizado para ingresar información en su expediente médico;
- Todas las instalaciones y unidades de la agencia.

Todas estas entidades, sitios y ubicaciones siguen los términos de esta notificación. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información de salud entre si para fines de tratamiento, pago o operaciones del cuidado de salud descritos en esta notificación.

#### **Nuestro Compromiso y Responsabilidad**

Nosotros entendemos que la información de salud y servicios relacionados a usted es personal y nosotros estamos firmemente comprometidos a proteger su información confidencial. Nosotros creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en esta agencia para que podamos proporcionarle una atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Esta notificación se aplica a todos los registros de su atención generados por esta agencia, sus proveedores y personal, y aquellos que le brindan servicios en esta agencia. También se aplica a cualquier registro que podamos haber recibido de sus otros proveedores. Otros proveedores pueden tener diferentes pólizas o notificaciones con respecto a su uso y divulgación de información de salud creada en sus oficinas o instalaciones.

Esta notificación le dirá sobre las maneras en las que legalmente podemos usar y divulgar su información privada sobre su salud. También describimos sus derechos ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de su información de salud. Estamos obligados por ley a:

- Asegurar que toda la información de salud que lo identifica se mantenga privada (con algunas excepciones);
- Darle esta notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sobre su salud; y
- Para cumplir con los términos de la notificación actualmente en efecto.

### **Cómo Podemos Utilizar y Divulgar Su Información de Salud**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que usamos y divulgamos información privada de salud. Por cada categoría de usos y divulgaciones explicaremos lo queremos decir y daremos algunos ejemplos. No serán indicados todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las maneras en que se nos permite usar y divulgar información caerán dentro de una de las categorías.

- **Divulgaciones Por Su Solicitud.** Podemos divulgar información cuando sea solicitada por usted. Esta divulgación a su petición requiere una autorización por escrito autorizado por usted.
- **Para el Tratamiento.** Usaremos su información de salud personal para proveerle tratamiento y servicios relacionados, incluyendo la coordinación y manejo de su cuidado. Por ejemplo, es posible que tengamos que divulgar información a un manejador de casos quien es responsable en la coordinación de su cuidado. También podemos divulgar su información de salud entre nuestros médicos y otro personal (incluyendo médicos a pesar de su terapeuta o médico personal) quien están involucrados en su cuidado. Esto incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales de clínica con licenciatura, terapeutas de familia y matrimonio, manejadores de caso, técnicos psiquiátricos, y enfermeras. Por ejemplo, nuestro personal puede discutir su cuidado en una conferencia de caso. También podemos divulgar información sobre usted a personas fuera de nuestra agencia quien están o puedan estar involucrados en su cuidado de salud, tales como médicos, enfermeras, técnicos, farmacéuticos, u otros profesionales de salud del comportamiento. Por ejemplo, podemos compartir información con su doctor primario con respecto a medicamento que usted se pueda estar tomando o para coordinar su tratamiento. Cuando usted deje nuestro cuidado, también podemos divulgarle información a su nuevo proveedor. La información también puede ser divulgada en el curso de los procedimientos de la tutela.

Si usted recibe servicios para el abuso de sustancias, información con respecto a esos servicios no serán compartidas sobre usted con otros proveedores de salud fuera del programa de tratamiento de esta agencia sin su permiso por escrito al menos que tenga una emergencia médica o según lo requiera o permita la ley.

- **Para Pago.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted al facturar para el tratamiento y servicios que recibe aquí y obtener un pago por usted, compañía de seguros, o una tercera parte. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su plan de salud información sobre el tratamiento o consejería que recibió aquí para que nos paguen o le reembolsen los servicios a usted. También podemos informarles sobre tratamiento o servicios que planeamos en proveerle para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Si está recibiendo servicios de nuestro programa de tratamiento de abuso de sustancias, se obtendrá una autorización firmada por usted antes de ponernos en contacto con su compañía de seguros u otra tercera parte para reembolso.
- **Para Operaciones de Salud.** Podemos usar y divulgar su información de su salud para nuestras propias operaciones. Estos usos y divulgaciones son necesarias para administrar la agencia y asegura que todos nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño del personal que lo atiende. También podemos combinar la información acerca de muchos clientes para ayudar a decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, que servicios no son necesarios, y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a profesionales de salud del comportamiento, doctores, psicólogos, enfermeras, técnicos, alumno en prácticas, estudiantes de cuidado de salud, y otro personal de otras agencias para fines de revisión o de aprendizaje. Podemos combinar la información que tenemos con la información de otras agencias para comparar cómo estamos y dónde podemos mejorar en el cuidado y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar la información que lo identifique de este conjunto de información personal de salud para que otros lo

puedan usar para estudiar la atención de salud y como reciben el cuidado de salud sin saber quiénes son los pacientes específicos.

- Recordatorios de Citas. Podemos usar y divulgar información para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita para tratamiento aquí.
- Alternativas de tratamiento. Podemos usar y divulgar información sobre usted para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan ser de su interés.
- Beneficios y Servicios Relacionados A La Salud. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Las Personas Involucradas En Su Cuidado o El Pago de Su Cuidado. Con su permiso, podemos divulgar información limitada sobre su salud a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado o ayuda a pagar por su cuidado. Por ejemplo, si le pregunta a un miembro de la familia que le recoja un medicamento en la clínica o farmacia, podemos decirle a esa persona que es el medicamento y cuando va a estar listo para recoger.
- Investigación. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información sobre usted para propósitos de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y recuperación de todos los pacientes que recibieron un tratamiento a aquellos que recibieron otro servicio para la misma condición. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso de aprobación especial. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y el uso de información personal de salud, tratando de balancear las necesidades de la investigación con las necesidades del paciente para la privacidad de su información personal. Antes de que nosotros usemos o divulguemos la información para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de aprobación, pero puede, sin embargo, revelar información sobre su salud a personas que se preparan para llevar a cabo un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarles a buscar clientes con necesidades específicas de salud mental, siempre y cuando la información que revisen no salga de nuestra agencia.
- Requerido Por Ley. Divulgaremos información sobre su salud cuando sea requerido por las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, si razonablemente sospechamos abuso infantil, estamos obligados por ley a informar de ello. O, pueda ser necesario divulgar la información a el Departamento de Servicios de Salud y Humanos para asegurar que sus derechos no han sido violados.
- Para Evitar Una Amenaza Seria a La Salud o La Seguridad. Podemos usar y divulgar su información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, sería sólo a alguien que creamos que sería capaz de evitar que la amenaza o daño ocurra.
- Actividad De Salud Pública. Podemos divulgar información sobre su salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
  - Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - Para reportar el abuso o negligencia de niños, ancianos y adultos dependientes;
  - Reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
  - Notificar a las personas de revocaciones de productos que puedan estar usando;
  - Notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o negligencia.



- Actividades de Supervisión de La Salud. Podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal por otra persona involucrada en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle acerca de la solicitud (que puede incluir una notificación por escrito) o para obtener una orden de protección de la información solicitada. Podemos divulgar información a tribunales, abogados y empleados de tribunales en el curso de la tutela, y ciertos procedimientos judiciales o administrativos.
- Fuerzas de La Ley. Podemos divulgar información de salud si lo pide un oficial de la ley:
  - En respuesta a una orden judicial, citación, orden, citación judicial o proceso similar;
  - Reportar conducta criminal en nuestras instalaciones, o amenazas de tales conductas en contra de nuestro personal o instalación;
  - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, ciertos escapes y ciertas personas desaparecidas;
  - Cuando sea solicitado por un oficial que alberga una orden con la instalación, y
  - Cuando se le solicite en el momento de la hospitalización involuntaria de un paciente.
- Médico Forense y Examinadores Médicos. Podemos ser requeridos por la ley para informar de la defunción de un cliente a un médico forense o examinador médico.
- Protección de Oficiales Electivos Constitucionales. Podemos divulgar información sobre usted con agencias del gobierno de orden público necesario para la protección de oficiales electivos constitucionales federales o del estado, y sus familias.
- Prisioneros. Si usted es un prisionero en una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podremos divulgar información sobre usted a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario para proveerle con servicios de salud, para proteger su seguridad y salud o la seguridad y salud de otros, o para la seguridad y salud de la institución correccional.
- Grupos Defensores. Podemos divulgar información a la organización de protección y defensores al nivel estatal si tiene a un cliente o autorización representativo del cliente, o para propósitos de ciertas investigaciones. Podremos divulgar información de salud mental a nuestra Oficina de Derechos Al Paciente si tiene una autorización del cliente o del representante del cliente, o para investigaciones resultando de reportes requeridos por ley que sean entregados al Director de Salud Mental.
- Departamento de Justicia. Podemos divulgar información limitada al Departamento de Justicia de California para propósitos de movimiento y identificación sobre ciertos clientes criminales, o sobre personas que no pueden comprar, poseer, o controlar un arma de fuego o arma mortífera.
- Equipos Multidisciplinarios. Podemos divulgar información a un equipo multidisciplinario que sea pertinente a la prevención, identificación, manegamente, o tratamiento de un Niño/a abusado, los padres del Niño/a, o de un anciano abusado o adulto dependiente.

- Comité de Reglas del Senador y Asamblea. Podemos divulgar su información al Comité de Reglas del Senado y Asamblea para propósitos de investigaciones legislativas.
- Otras Categorías Especiales de Información. Se podrían aplicar ciertos requisitos jurídicos especiales para el uso o divulgación de ciertas categorías de información - p.ej., exámenes para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o tratamientos y servicios para el abuso de drogas y alcohol.

### **Sus Derechos Sobre la Información Confidencial Sobre Su Salud**

Tiene usted los siguientes derechos sobre la información de salud que guardamos sobre usted:

- **Derecho de Revisar y Copiar.** Tiene usted el derecho de revisar y copiar su información de salud que podría ser usada para hacer decisiones sobre su cuidado.

Para revisar y copiar información de salud que podría ser usada para hacer decisiones sobre usted, tendría que solicitarlo por escrito a Kings View donde usted recibe cuidado. Si usted pide una copia de la información podemos cobrarle un cargo por el costo de copiar, enviar por correo, o otros materiales asociados con su solicitud.

Podemos negar su petición para revisar y copiar en ciertas muy limitadas circunstancias. Si se le niega acceso a su información de salud, usted podría solicitar que su negación sea revisada. Otro profesional licenciado de cuidado de salud elegido por la ubicación revisará su solicitud y la negación. La persona conduciendo

la revisa no será la persona que negó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisa. Si como resulta de la revisa a usted todavía se le niega acceso, usted podría arreglar para tener otro profesional de cuidado de salud que revise su expediente por parte suya.

Línea de Tiempo:

- Inspección: Le haremos disponible su expediente para inspeccionarlo en nuestro local dentro de 5 días de trabajo al recibir su solicitud por escrito.
  - Resumen: Si usted escoge recibir un resumen de su expediente de salud, se le será proporcionado dentro de 10 días de trabajo de recibir su solicitud por escrito o dentro de un máximo de 30 días si es que le dejamos saber que ocupamos más tiempo necesario, sea por el tamaño que sea su expediente o porque su caso fue cerrado 10 días antes. Se le será requerido pagar cobros relacionados para preparar su resumen.
  - Copia mandada por correo: Mandaremos copias del expediente dentro de 15 días de trabajo después de recibir su solicitud por escrito.
- **Derecho de Corregir:** Si siente usted que la información de salud que tenemos de usted es realmente incorrecta o incompleta, usted podría pedirnos corregir el error. Tiene usted el derecho de solicitar que se corrija durante el tiempo que la información se mantenga y sea para nosotros.

Para pedir corregir un error, su solicitud debe ser hecha por escrito al ubica miento donde usted recibe cuidado o le proveeremos una forma para que haga su solicitud. Adicionalmente, tendrá usted que darnos la razón que justifique su petición. Tenemos 60 días para responder a su petición. Podemos negar su petición para corregir si no está por escrito o si no incluye la razón que justifique su petición. Adicionalmente, le podremos negar su petición si nos pide corregir información que:

- no fue creado por nosotros, al menos que la persona o entidad que creó la información no estén disponibles para corregirla;
- no es parte de la información de salud que se mantenga por o para el ubicamiento;
- no es parte de la información que usted sea permitido revisar o copiar; o
- es exacto y completo.

Aunque le neguemos su petición para corregir, usted tiene el derecho de someter una adenda por escrito, no más de 250 palabras, con respecto a cualquier artículo o declaración en su expediente que usted crea ser incompleto o incorrecto.

- **Derecho de Autorizarnos Para Usar o Divulgar Su Información:** Tiene usted el derecho de autorizarnos para usar o divulgar su información de salud protegida a otros proveedores del cuidado de salud y/o a personas que estén trabajando juntos para coordinar y proveerle servicios. Esto puede incluir organizaciones basadas de la comunidad, oficiales de escuela, libertad condicional, servicios sociales, y otros. Usted también podría autorizarnos para divulgar su información de salud protegida a su abogado, defensor de los derechos humanos, su agente de cuidado de salud, a un miembro de familia, o a alguien más que usted escoja. Tenemos el derecho de monitorizar y para aprobar solicitudes a como se nos haga permitido y dejado bajo la ley. Nosotros debemos cumplir con sus solicitudes que sus archivos sean dados a su abogado o a un defensor de derechos humanos que esté actuando a nombre suyo.
- **Derecho a una Contabilización de Divulgaciones.** Tiene usted el derecho de pedir “una contabilización de divulgaciones”. Esto es una lista de divulgaciones que hicimos de información de salud sobre usted aparte de para nuestro uso para tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de salud (esas funciones fueron descritas previamente) y con otras excepciones de acuerdo a la ley.

Para solicitar esta lista de contabilización de divulgaciones, tendrá usted que enviar la solicitud por escrito a su proveedor o le podemos proveer una forma para hacer su solicitud. Su solicitud debe tener el periodo de tiempo que no puede ser más de seis años y no puede incluir fechas antes de Abril 14, 2003. Su solicitud debe indicar en que forma quiere usted la lista (p. ej.: en papel o electrónicamente). La primera lista que usted solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, le podremos cobrar por el costo de proveerle la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede decidir si retira o modifica su solicitud en el tiempo previo a que se incurra en cualquier costo.

Adicionalmente, le notificaremos según lo requiera la ley si su información de salud se accede o divulga de forma ilegal.

- **Derecho de Solicitar Restricciones.** Tiene usted el derecho de solicitar restricciones o limitaciones sobre su información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de su tratamiento, pago, u operaciones de salud. También tiene el derecho de pedir limitaciones sobre la información que divulguemos sobre usted a alguien que sea involucrado en su cuidado o de pagos de su cuidado, como a un miembro de familia o amigo. Por ejemplo, nos puede pedir que no usemos o divulguemos información sobre el tipo de terapia que recibió.

En la mayoría de casos, no estamos obligados a estar de acuerdo a su solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud al menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia. Pero, si usted paga completamente por su tratamiento “de su bolsillo”, usted puede pedir que no divulguemos información sobre ese tratamiento, en particular de su plan de salud; nosotros tenemos la obligación de cumplir con dicha solicitud.

Para solicitar restricciones, tendrá usted que pedirlo por escrito a su proveedor o le podremos proveer una forma para hacer su solicitud. En su solicitud, usted debe decirnos que información quiere limitar, si quiere limitar nuestro uso, divulgación, o los dos, y a quien aplica esta limitación.

- **Derecho de Pedir Comunicaciones Confidenciales.** Tiene usted el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud en una cierta forma o en un cierto lugar. Por ejemplo, nos puede pedir que solo lo contactemos en el trabajo o por correo.

Para pedir comunicaciones confidenciales, debe usted solicitarlo por escrito a su proveedor o le proveeremos una forma para que haga su solicitud. No le preguntaremos la razón por su solicitud. Atenderemos toda solicitud razonable.

Su solicitud debe decir específicamente como y cuando usted desea que sea contactado.

- **Derecho A Una Copia de Papel Del Aviso.** Tiene usted el derecho a una copia de papel de este aviso. Nos puede preguntar que le demos una copia en cualquier tiempo. Aunque usted haya indicado recibir este aviso electrónicamente, usted todavía es permitido a una copia de papel.

Usted puede obtener una copia de este aviso por su proveedor o de la Oficina Corporativa de Kings View. Esa oficina generalmente está abierta de Lunes a Viernes de 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m. (con la excepción de días festivos). Puede usted obtener una copia de este aviso en nuestro sitio de web: [www.kingview.org](http://www.kingview.org)

- **Otros Usos de La Información Privada Sobre Su Salud**  
Otros usos y divulgaciones sobre información de salud que no fue cubierta por este aviso o las leyes que nos aplican a nosotros serán hechos solo con su permiso por escrito. Si usted nos provee permiso para usar o divulgar información de salud sobre usted, usted podrá revocar ese permiso, por escrito, en cualquier tiempo. Si revoca su permiso ya no divulgaremos o usaremos información de salud sobre usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted entiende que no podremos regresar cualquier divulgación que ya hagamos hecho con su permiso, y que se nos requiere conservar expedientes de su cuidado.

### **Cambios A Este Aviso**

Reservamos nuestro derecho de cambiar este aviso. Reservamos nuestro derecho a hacer que el aviso revisado o cambiado sea vigente para información sobre su salud que ya tengamos sobre usted, igual con información que pudiéramos recibir en el futuro. Publicaremos una copia del más reciente aviso en nuestras oficinas. El aviso tendrá en la primera página, en el rincón de lado derecho de arriba, la fecha efectiva. Adicionalmente, cada vez que se registre para servicios nuevos, le ofreceremos una copia del aviso vigente.

 QUEJAS 

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con Kings View o el Departamento de Salud y Servicios Sociales. *No se le castigara por presentar una queja.*

- ❖ Para presentar una queja con Kings View o si usted tiene comentarios o preguntas sobre nuestras prácticas de privacidad, contacte a:

Kings View  
Atención: Oficial de Privacidad  
7170 N. Financial Drive, Suite 110.  
Fresno, CA 93720  
Teléfono: (559) 256-1080

- ❖ Para presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, contacte a:

Office of Civil Rights  
US Department of Health and Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Ste. 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Teléfono: (415) 437-8329  
FAX: (415) 437-8329  
TDD: (415) 437-8311

[www.dhhs.gov/ocr/privacy/index.html](http://www.dhhs.gov/ocr/privacy/index.html)



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**  
**DEL**  
**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE KINGS VIEW**

- ☐ Reconozco que he recibido La Acta de Prácticas de Información de Kings View – Notificación De Prácticas de Privacidad.
- ☐ Se me ha ofrecido una copia de La Acta de Prácticas de Información de Kings View - Notificación De Prácticas de Privacidad, pero no deseo recibirla en este momento.

Verbal consent obtained due to COVID-19.

Will follow-up with signature.

Staff Signature: \_\_\_\_\_

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

Imprimir

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

Relación: \_\_\_\_\_

(si no está firmado por cliente)

En Nombre

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**CONSENT FOR EVALUATION AND / OR TREATMENT OF A MINOR**  
(Do Not Use If Minor Is Legally Authorized To Consent Except Emancipated)  
**AUTORIZACIÓN PARA AVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE UN MENOR**



I, the undersigned, hereby consent to mental health evaluation and treatment for  
*Yo, con mi firma, doy mi permiso para evaluación y tratamiento de salud mental para* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ by Kings View at  
\_\_\_\_\_ *por Kings View en* \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, California, as prescribed by the attending physician and other professionals.  
*en* \_\_\_\_\_, *California, según como prescribe el médico presente y los otros*  
*profesionales.*

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
*Firma:* \_\_\_\_\_ *Relacion al Paciente:* \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Testigo:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

**EMANCIPATED MINOR - INFORMATION**  
(Do Not Use If Emancipation Judicially Determined)  
**INFORMACIÓN DE MENOR EMANCIPADO**



For the purpose of obtaining evaluation and treatment by Kings View at the  
*Por los propósitos de obtener evaluación y tratamiento por Kings View en el* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, the undersigned certifies the following facts are true:

\_\_\_\_\_, *yo, con mi firma, certifico que los siguientes son verdaderos:*

1. I am living separate and apart from my parents or legal guardian.  
*Vivo separado y afuera de la casa de mis padres o guardian legal.*
2. I am managing my own financial affairs regardless of source of income.  
*Yo manejo mis propios negocios financieros sin importar el origen del ingreso.*
3. I am \_\_\_\_\_ years of age, having been born on the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.  
*Tengo \_\_\_\_\_ años de edad, nacido el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.*

Signature: \_\_\_\_\_  
*Firma:* \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Testigo:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_

## OFFICE USE ONLY

- ☐ File Release In Chart  
☐ Request Records  
☐ Send Records

Kings View, Kings County • 1393 Bailey Drive, Hanford, CA 93230 • (559) 582-4481

**AUTORIZACIÓN PARA USAR, DIVULGAR Y OBTENER****INFORMACIÓN PROTEGIDA (PHI)**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ de Caso: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Kings View a usar, divulgar, obtener y/o intercambiar mi PHI con:**

Nombre de la(s) persona(s)/título(s)

Dirección(s) del destinatario(s) de la agencia: calle, ciudad, estado, código postal; Número de teléfono

**Información que se utilizará, divulgará, obtendrá y/o intercambiará:**

☒ Marque lo que corresponda

| Salud Mental/Tratamiento Médico                                |                                              | Tratamiento de Alcohol/Drogas                            | Resultados de la Prueba VIH                |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evaluación                            | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso   | Periodo de Tiempo (requerid):                            | <input type="checkbox"/> Incluir           |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico                           | <input type="checkbox"/> Notas de Enfermería | <input type="checkbox"/> Última Admisión <b>O</b> Fechas | <b>Otro</b>                                |
| <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento                   | <input type="checkbox"/> Notas de Médico     | de _____                                                 | <input type="checkbox"/> Domicilio         |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta                       | <input type="checkbox"/> Ordenes Medicas/    | a los _____                                              | <input type="checkbox"/> Teléfono          |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica               | Medicamento                                  | <input type="checkbox"/> Resultados de las Pruebas       | <input type="checkbox"/> Estado Financiero |
| <input type="checkbox"/> Historia                              | Verificación de:                             | de Drogas                                                | <b>Citas</b>                               |
| <input type="checkbox"/> Psiquiátrica                          | <input type="checkbox"/> Asistencia          | <input type="checkbox"/> Informe de Asistencia           | <input type="checkbox"/> Programación      |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Examen                  | <input type="checkbox"/> Progreso            | <input type="checkbox"/> Resumen del Tratamiento         | <input type="checkbox"/> Reprogramación    |
| <input type="checkbox"/> Psicológico                           | <input type="checkbox"/> Cumplimiento        | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento             | <input type="checkbox"/> Cancelación       |
| <input type="checkbox"/> Fechas de Hospitalización:            |                                              | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso               | <input type="checkbox"/> Lista de Citas    |
| <input type="checkbox"/> 6 meses anteriores <b>O</b>           |                                              | <input type="checkbox"/> Evaluación                      | <input type="checkbox"/> Programadas       |
| <input type="checkbox"/> Fechas desde _____ hasta _____        |                                              | <input type="checkbox"/> Resumen de Alta                 |                                            |
| <input type="checkbox"/> Otro Información (especificar): _____ |                                              |                                                          |                                            |

**Formato de la Información que se Divulgará:** ☐ Copia Impresa ☐ Electrónico ☐ Verbal ☐ Intercambio Verbal Solamente

**Para el Propósito Específico de:** ☐ Solicitud de Cliente o Representante Legal ☐ Colaboración de Tratamiento

☐ Coordinación del Tratamiento ☐ Cumplimiento del Programa de Informes ☐ Asegurar el Historial de Tratamiento

☐ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Derechos y Consejos del Cliente:** Me doy cuenta de que debo firmar esta autorización voluntaria y conscientemente antes de que se pueda divulgar cualquier información (excepto cuando lo exija la ley). Puedo revisar o copiar cualquier información utilizada o divulgada según lo autorizado por este comunicado, a menos que por una buena causa impida qué no. Me doy cuenta de que la información divulgada bajo esta autorización ya no puede estar protegida por las reglas de HIPAA, pero puede estar protegida por la ley aplicable de California. Entiendo que esta autorización es efectiva de inmediato. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, y entiendo que mi revocación surta efecto en el momento de su recepción, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas. Soy consciente de que mi firma en esta autorización no será una condición de mi tratamiento. Tengo el derecho a una copia actual de esta autorización. Si no se revoca antes, esta autorización se vence en un (1) año a partir de la fecha de este lanzamiento o en la fecha \_\_\_\_\_ o evento (especifique): \_\_\_\_\_.

(Fecha/Día/Año)

**He revisado esta Autorización y se me han explicado/leído mis derechos. Por lo presente, doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud como se especifica anteriormente.**

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

(Fecha/Día/Año)

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Fecha/Día/Año)

Si no está Firmado por el Cliente: Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Relación al Cliente: \_\_\_\_\_

**A partir de:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ AM / PM, **por el presente revoco esta divulgación.**

(Fecha/Día/Año)

(Tiempo)

Firma: \_\_\_\_\_ ☐ Revocación Verbal Testigo: \_\_\_\_\_



## Acuerdo de Tratamiento

### NUESTRAS METAS:

- Proporcionar servicios de salud mental de calidad a las personas que viven en el Condado de Kings.
- Para enseñarle nuevas habilidades para una vida saludable.

TRATAMIENTO: Kings View ofrece muchos servicios de salud mental. Nuestros servicios principales son grupos de habilidades o grupos de terapia. Primero usted tendrá una entrevista en profundidad con un terapeuta. Después, lo pondremos en contacto con el servicio o servicios que le ayudarán a realizar cambios. Si no podemos ayudarle, lo vamos a referir al proveedor adecuado.

HORARIO DE OFICINA: Nuestra oficina principal, en 1393 Bailey Drive en Hanford, está abierta de 8:00 AM hasta 5:00 PM. Si necesita hablar con su proveedor, puede llamar al (559) 582-4481 durante las horas de oficina. Si tiene una crisis de salud mental, llame a nuestra línea después de horas de trabajo, (559) 582-4484 o 1-800-655-2553 y hable con un trabajador de crisis. La línea después de las horas de trabajo es sólo para una crisis de salud mental. El trabajador de crisis es incapaz de buscar o reprogramar una cita. Por favor llame durante horas de oficina para ese tipo de información. Si tiene una emergencia que ponga en peligro su vida, por favor llame al 911.

PARTICIPACIÓN DE TRATAMIENTO: Puede ayudarle a alcanzar sus metas cuando participan las personas importantes en su vida. Usted decide quién estará involucrado. Usted y su proveedor están de acuerdo en las metas para trabajar para que el cambio ocurra. Es muy importante que se comprometa con su tratamiento haciendo lo siguiente:

1. **Asista a todas las citas a tiempo.** Las citas se pueden cancelar informándole a su terapeuta, médico o administrador de casos por lo menos 24 horas antes de la sesión programada. Recuerde que la mala asistencia y la tardanza le evitarán alcanzar sus metas. Faltando a las citas una y otra vez resultarán en el cierre de su caso.
2. **Trabajar juntos en los objetivos del tratamiento.** La plena participación en su tratamiento es muy importante. "Plena Participación" significa estar a tiempo para cada sesión, terminar la tarea y trabajar con su terapeuta, doctor o administrador de casos para alcanzar sus metas.
3. **Mantenga una cuenta financiera actual.** Usted es responsable de hacer los pagos que acordó cuando abrimos su caso. Las cuentas que están "atrasadas" pueden impedirle recibir el tratamiento que necesita. Si sus ingresos o su salud financiera cambian, por favor de informarle a su proveedor lo más antes posible. Si usted está teniendo dificultades para mantenerse al día con los pagos, puede pedir un "ajuste financiero".
4. **Espere que Kings View Servicios de Consejería para El Condado de Kings:**
  - Lo trate a usted con respeto y dignidad.
  - Proteja su privacidad. Pero recuerde que todos los que trabajan en Kings View son "reporteros obligatorios". Eso significa que tenemos que decirle a alguien si creemos que un niño o anciano o un adulto que tiene necesidades especiales está siendo dañado. Es posible que tengamos que decirles a otros acerca de usted en



situaciones de crisis o emergencia, para mantenerlo a salvo. Es también posible que tengamos que decirles a otros acerca de usted si usted hace una amenaza peligrosa, para mantener a otros seguros.

- Proporcionarle servicios de salud mental o referencias que le ayudarán a alcanzar sus metas.
- Asignar a un terapeuta, médico o administrador de casos para ayudarlo a alcanzar sus metas.

KINGS VIEW SERVICIOS DE CONSEJERIA PARA EL CONDADO DE KINGS

## Reconocimiento del Acuerdo de Tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, estoy comprometido a mi tratamiento o a el de mi hijo.

Mi firma en la porción de abajo significa que acepto y estoy de acuerdo con las condiciones del Acuerdo de Tratamiento y verifico que he recibido una copia del Acuerdo de Tratamiento.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| Apellido Del Cliente | Primer Nombre Del Cliente | Número De Caso |
|----------------------|---------------------------|----------------|
|                      |                           |                |



Sistemas de Salud Conductual, Condado de Kings

## Contrato de Asistencia

1. El cliente hará y asistirá a las citas de acuerdo con las recomendaciones de tratamiento. **Cero** faltas de asistencia y no se permiten más de **dos** cancelaciones consecutivas dentro de un período de 30 días.
2. La asistencia por debajo del 80% en un período de 90 días resultará en una NOABD emitida y la terminación de los servicios.
3. Todas las cancelaciones se reportarán al menos 24 horas antes de la cita programada. En caso de una emergencia que requiera la cancelación el mismo día, el cliente/padre/tutor/padre adoptivo se pondrá en contacto directamente con el terapeuta para explicar las circunstancias.
4. El cliente asistirá a todas las citas a tiempo. Cualquier cliente que llegue con más de 10 minutos de retraso para una cita programada no será recibido y se grabará como falta de asistencia.
5. Los clientes participarán en todos los aspectos del tratamiento recomendados por su POC (Plan de Atención), que pueden incluir manejo de casos, rehabilitación individual, rehabilitación grupal, terapia individual, terapia en grupo, y servicios de medicamentos.
6. Si se solicitan pases de autobús para el transporte, el terapeuta o administrador de casos asignado puede determinar la elegibilidad. Sin embargo, el cliente debe llegar a la primera cita para obtener su primer pase de autobús. Los pases de autobús solo se pueden utilizar para citas de asesoramiento/medicamentos y ya no se facilitarán después de una cita perdida.
7. Los clientes y padres/tutores/padres adoptivos mantendrán informados a todos los miembros del equipo de tratamiento de cambios importantes en el caso, problemas que pueden estar teniendo y/o preocupaciones.

Al firmar este formulario, el cliente / padre / tutor / padre adoptivo está aceptando adherirse a la política "Falta de Asistencia" (En puntos 1-4 anteriores) para seguir recibiendo servicios a través de Kings View.

---

Firma del Cliente / Padre / Tutor / Padre Adoptivo

---

Fecha

---

Firma del proveedor (testigo)

---

Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Kings County Behavioral Health y los proveedores contratados (Kings View Sistemas De Salud Conductual, Programas Alternativos de Recuperación Champions, Inc., Westcare California, Inc. Y Eminence Healthacare, Inc.) de servicios para la Salud Mental, Comportamiento Sano y/o el tratamiento del trastorno de uso de sustancias.

Mi firma indica que atestiguo que mi condición y opciones de tratamiento y cualquier riesgo asociado y/o consecuencias se me han sido explicados, y entiendo los beneficios de participación en el programa.

Mi firma indica que consiento a participar en abuso de sustancias, salud mental, o servicios de comportamiento sano proveído por: \_\_\_\_\_ y autorizo todos los servicios necesarios.

Yo entiendo que los servicios pueden incluir uno o más de los siguientes:

|                                                      |                                  |
|------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Servicios de programas para la juventud/adolescentes | Mantenimiento                    |
| Manejamiento de casos                                | Actividades educativas/ de clase |
| Actividades de familia y/o para padres               | Exámenes de fluido corporal      |
| Servicios de desintoxicación                         | Consejería de grupo              |
| Exámenes y consejería para HIV                       | Evaluaciones y entrevistas       |
| Consejería individual                                | Servicios de comportamiento sano |
| Servicios de programa perinatal                      | Actividades recreacionales       |
| Referencias                                          | Servicios residenciales          |
| Planificación de tratamiento                         | Servicios de salud mental        |
| Servicios de Comportamiento Sano                     |                                  |

**IMPORTANTE.** El Condado de Kings usa un sistema de información sobre la salud electrónico para mantener la historia médica individual y para propósitos de financiación. Los proveedores mencionados previamente son fundados por el Condado y tienen acceso a este sistema para poder proveer servicios de tratamiento de uso de sustancias para participantes individuales y verificar la entrega de estos servicios para recibir fondos del Condado. Aunque los participantes pueden elegir a no tener su información en el sistema y compartirlo con los proveedores, haciendo esto puedo prevenir que el Condado y sus proveedores contratados presten servicios adicionales al participante o verifique los servicios que están siendo proveídos para propósitos de financiación.

Mi firma indica que entiendo que en el evento de enfermedad y/o herida, puede que NO haiga un doctor o personal medico disponible para mi, y que puedo ser transportado a un hospital para recibir atención medica o ser atendido por un equipo de paramédicos. El personal puede supervisar mi administración propia de cualquier medicamento para sostener la vida que haya sido recetado por mi doctor. Doy permiso al personal para que verifique el uso de cualquier receta médica.

Mi firma indica que entiendo que las Regulaciones de Confidencialidad Federal requieren que el personal del programa consiga un formulario de consentimiento específico de mí antes de que cualquier información sea liberada en referencia a mi caso individual. Excepciones son una orden de corte, sospecha de abuso infantil o negligencia, o una situación que posee una amenaza inmediata. La situación tiene que ser una que requiera atención medica inmediata como una sobredosis peligrosa de drogas o un atentado de suicidio. Entiendo que cualquier información estadística que sea necesaria o proveída por esta agencia será anónima.

Mi firma indica que entiendo que si recibo otros servicios de Kings County Behavioral Health, mi proveedor de tratamiento de salud mental quien también es obligado por leyes de confidencialidad federales, puede saber que estoy inscrito en servicios de tratamiento para uso de sustancias. Sin embargo, el/ella no tendría acceso a mis notas sobre el tratamiento para uso de sustancias hasta que yo autorice acceso específico a esta información. Adicionalmente, mi proveedor de tratamiento para uso de sustancias, no tendrá acceso a historia de salud mental hasta que yo autorice acceso específico a esa información.

Mi firma indica que entiendo que después de ser dado de alta, los clientes son contactados por correo y/o por teléfono, y consiento a ser contactado como parte del proceso de continuación.

Mi firma indica que he recibido una copia de este formulario. Este formulario y otros formularios de autorización como los que están nombrados abajo, serán retenidos en mi archivo:

|                                                                                           |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Información del programa                                                                  | Reglas del programa y regulaciones            |
| Derechos y responsabilidades del cliente                                                  | Consentimiento del intercambio de información |
| Consentimiento para intercambio de información confidencial/ sistema de justicia criminal |                                               |
| Declaración confidencial                                                                  | Información sobre quejas                      |
| Declaración anti-discriminatoria                                                          | Aviso de prácticas de privacidad              |
| Información sobre cobro al cliente                                                        |                                               |

Mi firma indica que entiendo que no habrá consecuencias o medidas represalias si me niego a autorizar cualquiera de los de arriba.

## Firma de Cliente:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ ☐ Si ☐ No ☐ N/A

**Firma de Personal:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ ☐ Si ☐ No ☐ N/A

Representante Legal para Menor (menor de 18 años de edad):

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

Firma de personal dando la información (si diferente de arriba):

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_ ☐ Si ☐ No ☐ N/A

Esta información ha sido divulgada de archivos protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42) CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben de hacer mas divulgaciones de esta información hasta que el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o si es permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación medica o otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de esta información para investigar criminalmente o proceder a un paciente de abuso de drogas o alcohol.

# Directivas anticipadas de Asistencia Médica

## ¿Qué es una Directiva Anticipada?

Una Directiva Anticipada de la Asistencia Médica es un documento legal que permite a las personas hacer sus deseos conocidos aún cuando ellos son incapacitados e incapaces de comunicarse. Usted puede utilizar una Directiva Anticipada para delectar sus deseos con respecto a asistencia médica física y mental

En California, una Directiva Anticipada es hecha de dos partes: (1) La cita de un Agente para la asistencia médica; e (2) Instrucciones individuales de Asistencia Médica. Cualquier parte ata legalmente por sí mismo.

## ¿Qué es un Agente de asistencia médica?

Un agente de Asistencia médica es una persona que usted designa en su Directiva Anticipada hacer las decisiones de asistencia médica en la ocasión que usted pierda la habilidad de poder tomar estas decisiones por sí mismo. Usted no tiene que designar a un Agente para completar una Directiva Anticipada.

## ¿Cuáles son las Instrucciones Individuales de Asistencia Médica?

Las Instrucciones individuales de la Asistencia Médica son direcciones verbales o escritas acerca de asistencia médica. Esto puede cubrir ambos tratamiento de salud física y mental.

Usted puede permitir que su proveedor de asistencia médica sepa lo que usted quiere hecho y bajo qué circunstancias.

## ¿Cuáles son los beneficios de completar una Directiva Anticipada?

Completar una Directiva Anticipada puede mejorar la comunicación entre usted y su médico. Completar y archivar una Directiva Anticipada es una manera buena de abrir una discusión con su proveedor de asistencia médica acerca de planes de tratamiento y la gran amplitud de tratamientos.

Completando la forma Directiva Anticipada creará una oportunidad para que usted pueda discutir sus deseos con todo detalle con su familia y/o amigos. Esto puede ayudar a su familia y/o a sus amigos recomendar más efectivamente decisiones para usted si usted fuera encontrado sin la capacidad de hacer las decisiones de asistencia médica para usted mismo.

Una Directiva Anticipada le puede dar el poder de hacer conocer sus deseos de tratamiento en el caso que usted necesitara asistencia médica y es encontrado incapaz de hacer decisiones de asistencia médica por usted mismo.

Una Directiva Anticipada puede prevenir el tratamiento forzado y puede reducir la necesidad de ser hospitalizado por largo tiempo.

## ¿Quién puede llenar una Directiva Anticipada?

Cualquier persona de 18 años o mayor que tiene la "capacidad" de hacer decisiones de asistencia médica pueden llenar una Directiva Anticipada. "Capacidad" en esta situación quiere decir que la persona entiende la naturaleza y las consecuencias de la propuesta asistencia médica, inclusive los riegos y beneficios posibles, y puede hacer y comunicar las decisiones acerca de esa asistencia médica.

Legalmente una persona es asumida ser competente al menos que sea probado de otro modo.

## ¿Cuando entra en efecto una Directiva Anticipada?

Una Directiva Anticipada entra en efecto cuando su médico primario decide que usted padece la capacidad de hacer las decisiones de asistencia médica. El hecho que usted ha sido admitido a una facilidad de salud mental no necesariamente significa que usted carece la capacidad de hacer decisiones de asistencia médica.

La Directiva Anticipada ya no es válida tan pronto como usted recupera la capacidad de poder hacer las decisiones de su asistencia médica.

## ¿Debe un proveedor de cuidado de salud seguir una Directiva Anticipada?

En general, la ley es clara que los proveedores de asistencia médica deben seguir sus Instrucciones Individuales de Asistencia Médica, así como las decisiones hechas en su beneficio por un Agente de Asistencia Médica.

## ¿Quién puede ayudar si es ignorado o no es seguida una Directiva Anticipada?

Si un proveedor de asistencia médica se niega a seguir sus Instrucciones Individuales de Asistencia Médica, o se niega con cumplir con las decisiones de su Agente, comuníquese con los Abogados para los Derechos del Pacientes del Condado al 1-866-701-5464 o con los Abogados de Protección s.a. al 1-800-776-5746. Los Abogados de los Derechos del Pacientes del Condado y los Abogados de Protección pueden trabajar con usted y/o su Agente para cerciorarse que la Directiva Anticipada es seguida.



---

## SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL

---

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el Defensor de los Derechos de los Pacientes llamando al 559-852-2423.

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O USO DE SUSTANCIA, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA CON SU PLAN.**

### CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de "Aviso de determinación adversa para los beneficios" para presentar una apelación. **Si actualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiendo servicios, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que el Plan de salud mental establece la suspensión de los servicios. Usted deberá confirmar que desea seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe realizar un seguimiento con una apelación por escrito y firmada. El Plan le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

- Para apelar por teléfono: Póngase en contacto con el Defensor de los Derechos de los Pacientes al 559-852-2423. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al TTY/TTD 7-1-1.
- Para apelar por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

**Kings County Behavioral Health: Patients' Rights Advocate  
(Salud Conductual del Condado de Kings: Defensor de los Derechos de los Pacientes)**  
460 Kings County Dr. Suite 101 Hanford, California 93230



O correo electrónico: BHPRA@co.kings.ca.us  
O fax: (559) 584-6037

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. El Defensor de los Derechos de los Pacientes también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo, o bien, puede solicitar a alguien como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado presente la apelación por usted. Esta persona se le llama "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información para ser revisada por su Plan. Su apelación será revisada por un proveedor diferente a la persona que tomó la primera decisión.

Su Plan tiene 30 días para proporcionarle una respuesta. En ese momento recibirá una carta de "Notificación de resolución de la apelación". Esta carta le dirá lo que el Plan ha resuelto. **Si no recibe una carta con la decisión del Plan dentro de los 30 días, puede solicitar una "Audiencia estatal" y un juez revisará su caso.** Por favor, lea la sección a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

### **APELACIONES ACELERADAS**

Si cree que esperar 30 días perjudicará su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de 72 horas. Cuando presente su apelación, diga por qué la espera perjudicará su salud. Asegúrese de solicitar una **"apelación acelerada"**.

---

### **AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Notificación de resolución de apelación" que le informa que su Plan no brindará los servicios, o si **usted nunca recibió una carta comunicándole la decisión y ya han pasado más de 30 días**, usted podrá solicitar una "Audiencia estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por la Audiencia estatal.

Debe solicitar una audiencia estatal dentro de los **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Notificación de resolución de apelación". Usted puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:





- Por teléfono: Llame al **1-800-952-5253**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame a **TTY/TDD al 1-800-952-8349**.
- Electrónicamente: Puede solicitar una Audiencia estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- Por escrito: Llene un formulario de Audiencia estatal o envíe una carta a:

**Departamento de Servicios Sociales de California  
División de audiencias estatales  
P.O. Box 944243, Estación de correo 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y la razón por la que desea una audiencia estatal. Si alguien lo está ayudando a solicitar una Audiencia estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete, háganos saber sobre su idioma nativo. No tendrá que pagar por el intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de solicitar una audiencia estatal, la decisión de su caso y la respuesta podría demorar hasta 90 días. Si cree que esperar tanto tiempo podría afectar su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de 3 días hábiles. Puede solicitar a su proveedor o Plan que escriba una carta por usted, o puede escribir una usted mismo. La carta debe explicar detalladamente la espera de hasta 90 días para la resolución de su caso perjudicaría seriamente su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo funcionamiento. Luego, solicite una "**audiencia acelerada**" y proporcione la carta con su solicitud de audiencia.

### **Representante autorizado**

Puede hablar usted mismo en la audiencia estatal, o alguien como un familiar, amigo, defensor, proveedor o un abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe informar a la oficina de audiencias estatales que la persona puede hablar por usted. Esta persona se llama "representante autorizado".

### **AYUDA LEGAL**



Puede obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de Ayuda legal en su condado al 1-888-804-3536.



---

### AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

---

La discriminación es ilegal. El Plan de Salud Mental de Salud Mental del Condado de Kings sigue las leyes federales de derechos civiles. El Plan de Salud Mental de Salud Mental del Condado de Kings no discrimina, excluye a personas, ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen, edad, discapacidad o género.

El Plan de Salud Mental del Condado de Kings proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse mejor, como:
  - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, y otros formatos)
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:



- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, póngase en contacto con el Defensor de los Derechos de los Pacientes llamando al 559-852-2423. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número TTY/TTD 7-1-1.

---

### **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si considera que el Plan de Salud Mental del Condado de Kings no ha prestado estos servicios o que lo ha discriminado de otra forma según su raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o género, puede presentar una queja al Defensor de los Derechos de los Pacientes. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Póngase en contacto con el Defensor de los Derechos de los Pacientes llamando al 559-852-2423. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al TTY/TTD 7-1-1.
- Por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

**Kings County Behavioral Health: Patients' Rights Advocate  
(Salud Conductual del Condado de Kings: Defensor de los Derechos  
de los Pacientes)**

460 Kings County Dr. Suite 101 Hanford, California 93230

O **correo electrónico:** [BHPRA@co.kings.ca.us](mailto:BHPRA@co.kings.ca.us)

O **fax:** (559) 584-6037

- En persona: Visite la oficina de su proveedor o oficina de *Salud Mental del Condado de Kings* y diga que desea presentar una queja.



### **OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame a **TTY/TDD al 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Llene un formulario de Audiencia estatal o envíe una carta a:

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos**  
**200 Independence Avenue, SW**  
**Sala 509F, Edificio HHH**  
**Washington, D.C. 20201**

Los formularios de queja se encuentran disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.



## LANGUAGE ASSISTANCE

---

### English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

### Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 )번으로 전화해 주십시오.

### 繁體中文(Chinese)

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 )。

**Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք : 559-852-2423 (TTY (հեռատիպ)՝ 7-1-1 ):

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните : 559-852-2423 (телетайп: 7-1-1 ).

**فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با ( : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 تماس بگیرید.

**日本語 (Japanese)**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  
: 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ) まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Hmong)**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।  
: 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**العربية (Arabic)**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم : 559-852-2423 (رقم هاتف الصم والبكم: 7-1-1).

**हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
: 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ) पर कॉल करें।

**ภาษาไทย (Thai)**

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).

**ខ្មែរ (Cambodian)**

ប្រយ័ត្ន៖ រ ស៊ី ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, រ សវាជួនយមននកភាសា រោយមិនគិតព្រួញ  
គឺអាចមានសំរាប់ រ អុី ិនក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 )។

**ພາສາລາວ (Lao)**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ,  
ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ : 559-852-2423 (TTY: 7-1-1 ).



## SU DERECHO A UNA AUDIENCIA ESTATAL

Si usted no está de acuerdo con la medida que se está tomando, tiene el derecho a solicitar una audiencia Imparcial del estado al recibir este aviso (Código de Regulaciones de California, título 22, sección 51014.1.) Según las regulaciones federales, las personas podrán solicitar una audiencia imparcial sin exceder los 90 días de elegibilidad o problemas de tarifa por servicio. DHCS recibió la aprobación federal de la sección 1135 para extender temporalmente los 90 días, hasta 120 días adicionales, o 210 días después de la fecha de este aviso. Esta extensión temporal se hará efectivo el 1 de marzo de 2020 y finalizará al término de la emergencia de salud pública.

Para seguir recibiendo este servicio, usted podrá solicitar una audiencia dentro de los 10 días posteriores a la fecha de este aviso. Su servicio podrá continuar hasta que el juez lo decida. Si usted retira su solicitud de audiencia, su servicio se detendrá en ese momento

Para solicitar por una audiencia

- Usted podrá usar el Formulario de Audiencia imparcial del estado

**O**

- Escribir a:

California Department of Social Services  
State Hearing Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430

Departamento de Servicios Sociales de California  
División de Audiencia Estatal  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 94244-2430

### INCLUYA

- Nombre del beneficiario de Medi-Cal
- Número de Medi-Cal
- Dirección
- Número telefónico
- Motivo para solicitar una audiencia
- Idioma o dialecto (en el caso de necesitar interprete)
- Nombre y número de teléfono de la persona que le acompañara en la audiencia para ayudarle

## 0

- Llame a la Unidad de Investigación y Respuesta Pública al número 1-800-952-5253. En el caso de que el número se encuentre ocupado, usted recibirá un mensaje para que llame más tarde. ***Si tiene problemas para escuchar o hablar, llame al TDD 1-800-952-8349.***

Si desea saber más sobre sus derechos de audiencia, llame a la Unidad de Investigación y Respuesta Pública al 1-800-952-5253. ***Si tiene problemas para escuchar o hablar llame al TDD 1-800-952-8349.***

- Usted podrá representarse así mismo, o puede traer a un amigo, pariente, abogado o cualquier otra persona para que lo ayude en su audiencia. También podría obtener ayuda legal gratuita para representarlo en su audiencia. Busque a los "Servicios Legales" en la sección de Servicios comunitarios de sus Páginas Amarillas locales.
- Si usted desea ver el archivo de Medi-Cal relacionado con su caso, podrá hacerlo al comunicarse con la Oficina local de Medi-Cal que figura en la primera página de este aviso.



## Kings View Counseling Services for Kings County

Hanford Clinic  
1393 Bailey Drive  
Hanford, CA 93230  
559-582-4481

Avenal Clinic  
228 E. Kings St.  
Avenal, CA 93204  
559-386-2295

Corcoran Clinic  
1002 Dairy Ave.  
Corcoran, CA 93212  
559-992-2833

### RESPECTO A SU FIANZA

La cantidad de dinero que usted paga por servicios profesionales es basada en su habilidad de pagar. Le llamamos a esto su deuda anual. Para calcular la cantidad que usted pueda pagar, usamos el plan de Departamento de Salud Mental de California llamado UMDAP (Método Uniforme para Determinar la Habilidad de Pagar), cual es requerido por todos los Centros de Sanidad Mental.

Su deuda anual ha sido determinada de ser \$ \_\_\_\_\_. Esto quiere decir que los más que se le cobrará a usted desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ es ésta cantidad, aunque el seguro tal vez pague solamente parte de los cobros.

Usted quizá venga solamente por servicios profesionales por un tiempo corto; como quiera, usted será responsable de pagar por los servicios que use hasta \_\_\_\_\_. Si su tratamiento termina antes de haber agotado el deducible, usted sólo será responsable de los cargos por los servicios que recibió. Usted puede tomar hasta el año entero de su UMDAP para pagar su deducible siempre y cuando usted haga un pago cada mes.

Basado de sus ingresos, su **PAGO MENSUAL** será: \$ \_\_\_\_\_.

Por favor de avisarnos si hay un cambio en su situación financiera. Puede llamarnos al 582-4481 si usted tiene preguntas tocantes su cuenta.

*Entiendo que se espera que yo pague la cantidad que aparece arriba cada mes y notificar a Kings View si mi información financiera cambia.*

**Verbal consent obtained due to COVID-19.**

**Will follow-up with signature.**

**Staff signature** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Agente de Sanidad Mental

\_\_\_\_\_  
Fecha

### RESPECTO A SU LIBERTAD DE SELECCIÓN

Su aceptación y participación en nuestros servicios de sanidad mental es voluntaria, y no será requerida para el acceso a otros servicios de cuidado de salud.

En recibir nuestros servicios, usted es libre de escoger proveedores de otros servicios cubiertos por el programa de Medi-Cal. Usted no está limitado en tomar servicios de proveedores de la sistema Short-Doyle (por ejemplo, usted puede elegir recibir servicios del proveedor que usted escoja, como un psiquiatra privado).

Usted tiene el derecho de pedir un cambio de proveedor de sanidad mental, personal, terapeuta, o administrador de su caso.

He sido informado y acepto haber recibido una copia de este documento, "Respecto A Su Libertad de Selección".

**Verbal consent obtained due to COVID-19.**

**Will follow-up with signature.**

**Staff signature** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
Agente de Sanidad Mental

\_\_\_\_\_  
Fecha

1/2015

## Lista de comprobación de ansiedad\*

(Revisado)

Instrucciones: Ponga un cheque para indicar cuánto tiene  
Experimentó cada síntoma durante la semana pasada,  
Hoy. Por favor, responda a los 25 artículos.

|                                                               | 0—No en absoluto | 1—Algo | 2--Moderadamente | 3—Un lote | 4—<br>Extremadamente |
|---------------------------------------------------------------|------------------|--------|------------------|-----------|----------------------|
| <b>Pensamientos y sentimientos ansiosos</b>                   |                  |        |                  |           |                      |
| 1. Sentirse ansioso                                           |                  |        |                  |           |                      |
| 2. Sentirse nervioso                                          |                  |        |                  |           |                      |
| 3. Sentirse asustado                                          |                  |        |                  |           |                      |
| 4. Sentirse asustado                                          |                  |        |                  |           |                      |
| 5. Preocuparse por las cosas                                  |                  |        |                  |           |                      |
| 6. Sentir que no puedes dejar de preocuparte                  |                  |        |                  |           |                      |
| 7. Sentirse tenso, agitado o al límite                        |                  |        |                  |           |                      |
| 8. Sentirse estresado                                         |                  |        |                  |           |                      |
| 9. Sentirse tenso                                             |                  |        |                  |           |                      |
| 10. Pensamientos de que algo aterrador sucederá               |                  |        |                  |           |                      |
| 11. Sentirse alarmado o en peligro                            |                  |        |                  |           |                      |
| 12. Sentirse inseguro                                         |                  |        |                  |           |                      |
| <b>Síntomas físicos ansiosos</b>                              |                  |        |                  |           |                      |
| 13. Sentirse mareado, aturdido o desequilibrado               |                  |        |                  |           |                      |
| 14. Sentirse desequilibrado de los pies                       |                  |        |                  |           |                      |
| 15. Sentir que te estás ahogando                              |                  |        |                  |           |                      |
| 16. Un bulto en la garganta                                   |                  |        |                  |           |                      |
| 17. Sensación de falta de aliento o dificultad para respirar  |                  |        |                  |           |                      |
| 18. Sentir saltar, correr el corazón                          |                  |        |                  |           |                      |
| 19. Dolor o presión en el pecho                               |                  |        |                  |           |                      |
| 20. Inquietud o nerviosismo                                   |                  |        |                  |           |                      |
| 21. Sensación o Músculos tensos                               |                  |        |                  |           |                      |
| 22. Temblando o temblando                                     |                  |        |                  |           |                      |
| 23. Entumecimiento u hormigueo                                |                  |        |                  |           |                      |
| 24. Mariposas o molestias en el estómago                      |                  |        |                  |           |                      |
| 25. Sudoración o sofocos                                      |                  |        |                  |           |                      |
| Por favor, total su puntuación en los artículos 1 a 25 aquí → |                  |        |                  |           |                      |

## Lista de comprobación de depresión\*

(Revisado)

Instrucciones: Ponga un cheque para indicar cuánto tiene  
Experimentó cada síntoma durante la semana pasada,  
Hoy. Por favor, responda a los 25 artículos.

|                                                               | 0—No en absoluto | 1—Algo | 2--Moderadamente | 3—Un lote | 4—<br>Extremadamente |
|---------------------------------------------------------------|------------------|--------|------------------|-----------|----------------------|
| <b>Pensamientos y sentimientos</b>                            |                  |        |                  |           |                      |
| 1. Sentirse triste o de bajo                                  |                  |        |                  |           |                      |
| 2. Sentirse infeliz                                           |                  |        |                  |           |                      |
| 3. Hechizos de llanto o lágrimas                              |                  |        |                  |           |                      |
| 4. Sentirse desanimado                                        |                  |        |                  |           |                      |
| 5. Sentirse desesperanzado                                    |                  |        |                  |           |                      |
| 6. Baja autoestima                                            |                  |        |                  |           |                      |
| 7. Sentirse inútil o inadecuado                               |                  |        |                  |           |                      |
| 8. Culpa o vergüenza                                          |                  |        |                  |           |                      |
| 9. Criticarse a sí mismo o culparse a sí mismo                |                  |        |                  |           |                      |
| 10. Dificultad para tomar decisiones                          |                  |        |                  |           |                      |
| <b>Actividades y relaciones personales</b>                    |                  |        |                  |           |                      |
| 11. Pérdida de interés en la familia, amigos o colegas        |                  |        |                  |           |                      |
| 12. Soledad                                                   |                  |        |                  |           |                      |
| 13. Pasar menos tiempo con la familia o los amigos            |                  |        |                  |           |                      |
| 14. Pérdida de motivación                                     |                  |        |                  |           |                      |
| 15. Pérdida de intereses en el trabajo u otras actividades    |                  |        |                  |           |                      |
| 16. Evitar el trabajo u otras actividades                     |                  |        |                  |           |                      |
| 17. Pérdida de placer o satisfacción en la vida               |                  |        |                  |           |                      |
| <b>Síntomas físicos</b>                                       |                  |        |                  |           |                      |
| 18. Sentirse cansado                                          |                  |        |                  |           |                      |
| 19. Dificultad para dormir o dormir demasiado                 |                  |        |                  |           |                      |
| 20. Disminución o aumento del apetito                         |                  |        |                  |           |                      |
| 21. Pérdida de interés en el sexo                             |                  |        |                  |           |                      |
| 22. Preocuparse por su salud                                  |                  |        |                  |           |                      |
| <b>Impulsos suicidas</b>                                      |                  |        |                  |           |                      |
| 23. ¿Tienes pensamientos suicidas?                            |                  |        |                  |           |                      |
| 24. ¿Te gustaría acabar con tu vida?                          |                  |        |                  |           |                      |
| 25. ¿Tienes un plan para hacerte daño?                        |                  |        |                  |           |                      |
| Por favor, total su puntuación en los artículos 1 a 25 aquí → |                  |        |                  |           |                      |



## Lista de verificación breve de evaluación para adolescentes (de 12 a 17 años)

Nombre del joven

Hombre / Femenino

Edad de la persona joven .....

Su relación con esta persona joven .....(por ejemplo, madre, padre, tía, madre adoptiva, abuelo)

**Estas son algunas declaraciones que describen el comportamiento y los sentimientos de los jóvenes.**

Para cada declaración, por favor circule el número que mejor describa a su hijo en los **últimos 4 a 6 meses**.

- **circule 0** si la declaración no es verdadera para este joven en los últimos 4 a 6 meses.  
 → **circule 1** si la declaración es en parte verdadera para este joven en los últimos 4 a 6 meses.  
 → **circule 2** si la declaración es mayormente cierta para este joven en los últimos 4 a 6 meses.

- |     |   |   |   |                                                      |
|-----|---|---|---|------------------------------------------------------|
| 1.  | 0 | 1 | 2 | Constantemente buscando emoción o 'emoción'          |
| 2.  | 0 | 1 | 2 | Anhela afecto                                        |
| 3.  | 0 | 1 | 2 | No comparte con amigos                               |
| 4.  | 0 | 1 | 2 | No muestra afecto                                    |
| 5.  | 0 | 1 | 2 | Se siente victimizado o mal entendido                |
| 6.  | 0 | 1 | 2 | Comida para las gargantas                            |
| 7.  | 0 | 1 | 2 | Oculto sentimientos                                  |
| 8.  | 0 | 1 | 2 | Impulsivo (actúa precipitadamente, sin pensar)       |
| 9.  | 0 | 1 | 2 | Carece de culpa o empatía                            |
| 10. | 0 | 1 | 2 | Se relaciona con extraños 'como si fueran familia'   |
| 11. | 0 | 1 | 2 | Resiste ser consolado cuando se lastima              |
| 12. | 0 | 1 | 2 | Muestra una ira intensa e inapropiada                |
| 13. | 0 | 1 | 2 | Demasiado amigable con extraños                      |
| 14. | 0 | 1 | 2 | Demasiado celoso                                     |
| 15. | 0 | 1 | 2 | Se esfuerza demasiado para complacer a otros jóvenes |
| 16. | 0 | 1 | 2 | Retirado                                             |

**Para cada una de las siguientes declaraciones:**

- circule **0** si el comportamiento no se produjo en los últimos 4 a 6 meses.  
 → circule **1** Si el Comportamiento Ocurrió una vez En el Última 4 Para 6 Meses.  
 → circule **2** si el comportamiento se produjo más de una vez en los últimos 4 a 6 meses.

- |     |   |   |   |                                                   |
|-----|---|---|---|---------------------------------------------------|
| 17. | 0 | 1 | 2 | Aparece aturdido, 'espaciado' (como en trance)    |
| 18. | 0 | 1 | 2 | Intensa reacción a la crítica                     |
| 19. | 0 | 1 | 2 | Comportamiento sexual no apropiado para su edad   |
| 20. | 0 | 1 | 2 | Cambios repentinos o extremos del estado de ánimo |

U.S. versión en inglés

[www.childpsych.org.uk](http://www.childpsych.org.uk)

**Lista de verificación breve para niños (de 4 a 11 años)**

Nombre del niño .....

Edad del niño/año .....

Su relación con este niño ..... (por ejemplo, madre, padre, tía, madre adoptiva, abuelo)

**Estas son algunas declaraciones que describen el comportamiento y los sentimientos de los niños.**Para cada declaración, por favor circule el número que mejor describa a su hijo en los **últimos 4 a 6 meses**.

- circule **0** si la declaración no es verdadera para su hijo en los últimos 4 a 6 meses.  
 → circule **1** si la declaración es en parte verdadera para su hijo en los últimos 4 a 6 meses.  
 → circule **2** si la declaración es principalmente verdadera para su hijo en los últimos 4 a 6 meses.

- |     |          |          |          |                                                           |
|-----|----------|----------|----------|-----------------------------------------------------------|
| 1.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | No se puede concentrar, poca capacidad de atención        |
| 2.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Anhela afecto                                             |
| 3.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Come demasiado                                            |
| 4.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Miedos que la/lo rechaces                                 |
| 5.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Oculto sentimientos                                       |
| 6.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Está convencido de que los amigos la rechazarán           |
| 7.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Carece de culpa o empatía                                 |
| 8.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Prefiere estar con adultos, en lugar de niños             |
| 9.  | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Se relaciona con extraños 'como si fueran familia'        |
| 10. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Parece inseguro                                           |
| 11. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Se asusta fácilmente ('jumpy')                            |
| 12. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Sospechoso                                                |
| 13. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Demasiado dramático (emociones falsas)                    |
| 14. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Demasiado amigable con extraños                           |
| 15. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Demasiado celoso                                          |
| 16. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Te trata como si fueras el niño y él/ ella era el padre   |
| 17. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Despreocupación (muestra poca preocupación por los demás) |

**Para cada una de las siguientes declaraciones:**

- circule **0** si el comportamiento no se produjo en los últimos 4 a 6 meses.  
 → circule **1** si el Comportamiento Ocurrió una vez En el Última 4 Para 6 Meses.  
 → circule **2** si el comportamiento se produjo más de una vez en los últimos 4 a 6 meses.

- |     |          |          |          |                                                 |
|-----|----------|----------|----------|-------------------------------------------------|
| 18. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Afligido o preocupado por recuerdos traumáticos |
| 19. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | No muestra dolor si se hiere físicamente        |
| 20. | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | Comportamiento sexual no apropiado para su edad |

## **Dificultades en la escala de regulación de emociones (DERS)**

Indique con qué frecuencia se le aplican las siguientes declaraciones escribiendo el número apropiado de la escala abajo en la línea al lado de cada elemento.

1-----2-----3-----4-----5

casi nunca a veces aproximadamente la mitad del tiempo casi siempre

(0-10%) (11-35%) (36-65%) (66-90%) (91-100%)

- \_\_\_\_\_ 1) Tengo claro mis sentimientos.
- \_\_\_\_\_ 2) Presto atención a cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 3) Yo siento mis emociones como abrumadoras y fuera de control.
- \_\_\_\_\_ 4) No tengo idea de cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 5) Tengo dificultad para entender mis sentimientos.
- \_\_\_\_\_ 6) Estoy atento a mis sentimientos.
- \_\_\_\_\_ 7) Sé exactamente cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 8) Me importa lo que siento.
- \_\_\_\_\_ 9) Estoy confundido acerca de cómo me siento.
- \_\_\_\_\_ 10) Cuando estoy molesto, reconozco mis emociones.
- \_\_\_\_\_ 11) Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme así.
- \_\_\_\_\_ 12) Cuando estoy molesto, me siento avergonzado por sentirme así.
- \_\_\_\_\_ 13) Cuando estoy molesto, tengo dificultad para hacer el trabajo.
- \_\_\_\_\_ 14) Cuando estoy molesto, me descontrolo.
- \_\_\_\_\_ 15) Cuando estoy molesto, creo que seguiré así por mucho tiempo.
- \_\_\_\_\_ 16) Cuando estoy molesto, creo que terminaré sintiéndome muy deprimido.
- \_\_\_\_\_ 17) Cuando estoy molesto, creo que mis sentimientos son válidos e importantes.
- \_\_\_\_\_ 18) Cuando estoy molesto, tengo dificultades para concentrarme en otras cosas.
- \_\_\_\_\_ 19) Cuando estoy molesto, me siento fuera de control.
- \_\_\_\_\_ 20) Cuando estoy molesto, todavía puedo hacer las cosas.
- \_\_\_\_\_ 21) Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de sentirme así.
- \_\_\_\_\_ 22) Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar una manera de finalmente sentirme mejor.
- \_\_\_\_\_ 23) Cuando estoy molesto, siento que soy débil.
- \_\_\_\_\_ 24) Cuando estoy molesto, siento que puedo mantener el control de mis comportamientos.
- \_\_\_\_\_ 25) Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme así.
- \_\_\_\_\_ 26) Cuando estoy molesto, tengo dificultad para concentrarme.
- \_\_\_\_\_ 27) Cuando estoy molesto, tengo dificultades para controlar mis comportamientos.
- \_\_\_\_\_ 28) Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.
- \_\_\_\_\_ 29) Cuando estoy molesto, me irritaba conmigo mismo por sentirme así.
- \_\_\_\_\_ 30) Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal por mí mismo.
- \_\_\_\_\_ 31) Cuando estoy molesto, creo que revolcarme en él es todo lo que puedo hacer.
- \_\_\_\_\_ 32) Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento.
- \_\_\_\_\_ 33) Cuando estoy molesto, tengo dificultad para pensar en cualquier otra cosa.
- \_\_\_\_\_ 34) Cuando estoy molesto, me tomo tiempo para averiguar lo que realmente estoy sintiendo.
- \_\_\_\_\_ 35) Cuando estoy molesto, me toma mucho tiempo sentirme mejor.
- \_\_\_\_\_ 36) Cuando estoy molesto, mis emociones se sienten abrumadoras.

Reverse-scored items (place a subtraction sign in front of them) are numbered 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 and 34.

**Calculate total score by adding everything up.** Higher scores suggest greater problems with emotion regulation.

**SUBSCALE SCORING\*\*:** The measure yields a total score (SUM) as well as scores on six sub-scales:

1. Nonacceptance of emotional responses (NONACCEPT): 11, 12, 21, 23, 25, 29
2. Difficulty engaging in Goal-directed behavior (GOALS): 13, 18, 20R, 26, 33
3. Impulse control difficulties (IMPULSE): 3, 14, 19, 24R, 27, 32
4. Lack of emotional awareness (AWARENESS): 2R, 6R, 8R, 10R, 17R, 34R
5. Limited access to emotion regulation strategies (STRATEGIES): 15, 16, 22R, 28, 30, 31, 35, 36
6. Lack of emotional clarity (CLARITY): 1R, 4, 5, 7R, 9

Total score: sum of all subscales

\*\*" R" indicates reverse scored item

### **REFERENCE:**

Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.



## GAD-7

| Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? | Nunca | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| <i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>                                                         |       |             |                             |                     |
| 1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta                                              | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| 2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación                                         | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| 3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas                                                                 | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| 4. Dificultad para relajarse                                                                                  | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| 5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente                                    | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| 6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente                                                                  | 0     | 1           | 2                           | 3                   |
| 7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar                                                           | 0     | 1           | 2                           | 3                   |

**(For office coding: Total Score T\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ )**

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

| Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?<br>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)                                         | Para nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas                                                                                                                                                       | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas                                                                                                                                       | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado                                                                                                                         | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía                                                                                                                                                    | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 5. Con poco apetito o ha comido en exceso                                                                                                                                                         | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia                                                                            | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión                                                                                                  | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal | 0         | 1           | 2                           | 3                   |
| 9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera                                                                                                         | 0         | 1           | 2                           | 3                   |

FOR OFFICE CODING 0 +      +      +       
=Total Score:     

**Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?**

|                                               |                                             |                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Para nada difícil<br><input type="checkbox"/> | Un poco difícil<br><input type="checkbox"/> | Muy difícil<br><input type="checkbox"/> | Extremadamente difícil<br><input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|

El APA ofrece una serie de "medidas emergentes" para la investigación y evaluación clínica. Estas medidas de evaluación del paciente se desarrollaron para administrarse en la entrevista inicial del paciente y para supervisar el progreso del tratamiento. Deben utilizarse en la investigación y evaluación como herramientas potencialmente útiles para mejorar la toma de decisiones clínicas y no como la única base para hacer un diagnóstico clínico. Se proporcionan instrucciones, información de puntuación y pautas de interpretación; más información de fondo se puede encontrar en DSM-5. La APA solicita que los médicos e investigadores proporcionen más datos sobre la utilidad de los instrumentos para caracterizar el estado del paciente y mejorar la atención al paciente en <http://www.dsm5.org/Pages/Feedback-Form.aspx>.

**Medida:** Gravedad de los síntomas de estrés postraumático: adulto (Encuesta nacional de eventos estresantes PTSD a escala corta [NSESS])

**Derechos concedidos:** Esta medida puede ser reproducida sin permiso por investigadores y por médicos para su uso con sus pacientes.

**Titular de los derechos:** Asociación Americana de Psiquiatría

**Para solicitar permiso para cualquier otro uso más allá de lo estipulado anteriormente, póngase en contacto con:**

<http://www.appi.org/CustomerService/Pages/Permissions.aspx>

**Gravedad de los síntomas de estrés postraumático—Adulto\***  
**\*Encuesta Nacional de Eventos Estresantes PTSD escala corta (NSESSS)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** Male ☐ Female ☐

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

Por favor, enumere el evento traumático que experimentó:

\_\_\_\_\_

Fecha del evento traumático: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Las personas a veces tienen problemas después de eventos o experiencias extremadamente estresantes. ¿Cuánto te ha molestado durante los días anteriores (7) días por cada uno de los siguientes problemas que ocurrieron o empeoraron después de un evento/experiencia extremadamente estresante? Por favor, responda a cada elemento marcando una caja por fila.

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |            |          |                     |                    | Uso Clínico                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|----------|---------------------|--------------------|----------------------------|
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | De<br>ningún<br>modo | Un<br>poco | Moderado | Un<br>rato<br>largo | Extremada<br>mente | Puntuación<br>del artículo |
| 1.                                                                                | Tener "flashbacks", es decir, de repente actuaste o sentiste como si una experiencia estresante del pasado estuviera sucediendo de nuevo (por ejemplo, experimentó de nuevo partes de una experiencia estresante al ver, oír, oler o sentir físicamente partes de la experiencia)? | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 2.                                                                                | ¿Te sientes muy alterado emocionalmente cuando algo te recordaba a una experiencia estresante?                                                                                                                                                                                     | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 3.                                                                                | ¿Tratando de evitar pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas que te recordaron una experiencia estresante?                                                                                                                                                                 | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 4.                                                                                | ¿Pensando que un evento estresante sucedió porque tú o alguien más (que no te lastimó directamente) hiciste algo mal o no hiciste todo lo posible para prevenirlo, o por algo sobre ti?                                                                                            | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 5.                                                                                | ¿Tienes un estado emocional muy negativo (por ejemplo, estabas experimentando mucho miedo, ira, culpa, vergüenza o horror) después de una experiencia estresante?                                                                                                                  | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 6.                                                                                | ¿Perder interés en las actividades que solías disfrutar antes de tener una experiencia estresante?                                                                                                                                                                                 | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 7.                                                                                | ¿Estar "súper alerta", estar en guardia o estar constantemente atento al peligro?                                                                                                                                                                                                  | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 8.                                                                                | ¿Te sientes nervioso o fácilmente sorprendido cuando escuchas un ruido inesperado?                                                                                                                                                                                                 | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| 9.                                                                                | ¿Estar extremadamente irritable o enojado hasta el punto de gritarle a otras personas, meterse en peleas o destruir cosas?                                                                                                                                                         | 0                    | 1          | 2        | 3                   | 4                  |                            |
| <b>Puntuación Total/Parcial Sin Procesar:</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |            |          |                     |                    |                            |
| <b>Puntuación Total Raw Prorrateada: (si 1-2 elementos no han dado respuesta)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |            |          |                     |                    |                            |
| <b>Puntuación Total Promedio:</b>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |            |          |                     |                    |                            |

### Instrucciones para los médicos

La Encuesta Nacional de Eventos Estresantes PTSD escala corta (NSESSS) es una medida de 9 elementos que evalúa la gravedad del trastorno de estrés postraumático en individuos de 18 años o más después de un evento o experiencia extremadamente estresante. La medida fue diseñada para ser completada por un individuo al recibir un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (o síntomas de trastorno de estrés postraumático clínicamente significativos) y a partir de entonces, antes de las visitas de seguimiento con el médico. Cada artículo pide a la persona que recibe atención que califique la gravedad de su trastorno de estrés postraumático **durante los últimos 7 días**.

### Puntuación e interpretación

Cada elemento de la medida se clasifica en una escala de 5 puntos (0 o no en absoluto; 1 poco; 2 o moderadamente; 3 o un poco bastante y 4). La puntuación total puede variar de 0 a 36 con puntuaciones más altas que indican una mayor gravedad del trastorno de estrés postraumático. Se le pide al médico que revise la puntuación de cada elemento de la medida durante la entrevista clínica e indique la puntuación bruta para cada elemento de la sección prevista para "Uso clínico". Las puntuaciones brutas en los 9 elementos deben sumarse para obtener una puntuación bruta total. Además, se le pide al médico que calcule y utilice la **puntuación total promedio**. La **puntuación total promedio** reduce la puntuación general a una escala de 5 puntos, lo que permite al médico pensar en la gravedad del trastorno de estrés postraumático del individuo en términos de ninguno (0), leve (1), moderada (2), grave (3) o extrema (4). El uso de la puntuación total promedio se encontró para ser confiable, fácil de usar, y clínicamente útil para los médicos en los ensayos de campo DSM-5. La **puntuación total media** se calcula dividiendo la puntuación total sin procesar por el número de elementos de la medida (es decir, 9).

**Nota:** Si 3 o más elementos se dejan sin respuesta, no se debe calcular la puntuación total de la medida. Por lo tanto, se debe alentar a la persona que recibe atención a completar todos los elementos de la medida. Si 1 o 2 elementos se dejan sin respuesta, se le pedirá que calcule una puntuación prorrateada. La puntuación prorrateada se calcula sumando las puntuaciones de los elementos que se respondieron para obtener una puntuación sin procesar parcial. Multiplique la puntuación sin procesar parcial por el número total de elementos en el NSESSS—PTSD (es decir, 9) y divida el valor por el número de elementos que se respondieron realmente (es decir, 7 u 8). La fórmula para prorratear la puntuación sin procesar parcial a Total Raw Score es:

$$\frac{\text{Suma} \times 9}{\text{Número de elementos que se respondieron}}$$

Si el resultado es una fracción, redondee al número entero más cercano.

### Frecuencia de uso

Para realizar un seguimiento de los cambios en la gravedad del trastorno de estrés postraumático de la persona a lo largo del tiempo, la medida puede completarse a intervalos regulares según lo indicado clínicamente, dependiendo de la estabilidad de los síntomas y el estado del tratamiento de la persona. Las puntuaciones consistentemente altas en un dominio en particular pueden indicar áreas significativas y problemáticas para la persona que podrían justificar una evaluación, tratamiento y seguimiento adicionales. Su juicio clínico debe guiar su decisión.

## Escala de detección corta para TEPT

---

DSM- IV artículos que constituyen la escala de cribado de 7 elementos. En: Breslau N, Peterson EL, Kessler RC. Escala de detección corta para el trastorno de estrés postraumático DSM-IV. Am J Psiquiatría 1999;156:908-911. [17]

C2 ¿Evitó que se le recordara esta experiencia al mantenerse alejado de ciertos lugares, personas o actividades? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C4 ¿Perdió interés en actividades que antes eran importantes o agradables? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C5 ¿Empezaste a sentirte más aislado o distante de otras personas? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C6 ¿Te ha costado tener amor o afecto por otras personas? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

C7 ¿Empezaste a sentir que no tenía sentido planificar el futuro? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

D1 Después de esta experiencia, ¿tenía más problemas de lo habitual durmiéndote o durmiéndote? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

D5 ¿Te pusiste nervioso o te sorprendiste fácilmente por ruidos o movimientos ordinarios? (Recuerde al encuestado el evento de la vida si es necesario)

1. Sí
2. No

Basado en el Programa de Entrevistas De Diagnóstico para DSM-IV (DIS-IV), Washington Univ., St Louis, 1995).

Las pantallas a escala de 7 elementos para el TRASTORNO DE Trabajo (DPT) de DSM-IV en personas expuestas a eventos traumáticos, tal como se definen en DSM-IV. Está destinado a ser utilizado sólo después de establecer que el encuestado ha experimentado un evento calificado. Por favor, lea el papel cuidadosamente. Contiene toda la información necesaria para usar la escala. Como enfatizamos en el documento, la escala de cribado no es un sustituto adecuado para un diagnóstico psiquiátrico.

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVENTOS DE VIDA

A continuación se enumeran una serie de cosas difíciles o estresantes que a veces le suceden a las personas. Para cada evento marque una o más de las casillas a la derecha para indicar que: (a) le sucedió personalmente, (b) presenció que le sucedió a otra persona, (c) se enteró de que le pasó a alguien cercano a usted, (d) no está seguro de si encaja, o (e) no se aplica a usted.

Asegúrate de considerar toda tu vida (creciendo, así como la edad adulta) a medida que pasas por la lista de eventos.

| Evento                                                                                                                                          | ME PASÓ A MÍ | LO PRESENCIÉ | APRENDIDO AL RESPECTO | NO SE APLICA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|--------------|
| 1. Desastre natural (por ejemplo, inundación, huracán, tornado, terremoto)                                                                      |              |              |                       |              |
| 2. Incendio o explosión                                                                                                                         |              |              |                       |              |
| 3. Accidente de transporte (por ejemplo, accidente de coche, accidente de barco, accidente de tren, accidente de avión)                         |              |              |                       |              |
| 4. Accidente grave en el trabajo, en el hogar o durante la actividad recreativa                                                                 |              |              |                       |              |
| 5. Exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, sustancias químicas peligrosas, radiación)                                                     |              |              |                       |              |
| 6. Asalto físico (por ejemplo, ser atacado, golpeado, abofeteado, pateado, golpeado)                                                            |              |              |                       |              |
| 7. Asalto con un arma (por ejemplo, ser disparado, apuñalado, amenazado con un cuchillo, un arma, una bomba)                                    |              |              |                       |              |
| 8. Agresión sexual (violación, intento de violación, hecha para realizar cualquier tipo de acto sexual a través de la fuerza o amenaza de daño) |              |              |                       |              |
| 9. Otra experiencia sexual no deseada o incómoda                                                                                                |              |              |                       |              |
| 10. Combate o exposición a una zona de guerra (en el ejército o como civil)                                                                     |              |              |                       |              |
| 11. Cautiverio (por ejemplo, ser secuestrado, secuestrado, rehén, prisionero de guerra)                                                         |              |              |                       |              |
| 12. Enfermedad o lesión potencialmente mortal                                                                                                   |              |              |                       |              |
| 13. Sufrimiento humano severo                                                                                                                   |              |              |                       |              |
| 14. Muerte súbita y violenta (por ejemplo, homicidio, suicidio)                                                                                 |              |              |                       |              |
| 15. Muerte súbita e inesperada de alguien cercano a ti                                                                                          |              |              |                       |              |
| 16. Lesiones graves, daños o muerte que usted causó a otra persona                                                                              |              |              |                       |              |
| 17. Cualquier otro evento o experiencia muy estresante                                                                                          |              |              |                       |              |