



Mensaje a los Consumidores:

Tenga en cuenta que el propósito de es para guiarlo durante su evaluación y evaluación por teléfono con el personal de Kings View.

No es necesario completar este paquete, ya que será solo para su referencia.

Por favor llame al: (559) 582-4481

Tenga en cuenta los días y la hora para las entrevistas telefónicas a continuación:

Lunes 8:00am – 2:00pm

Miércoles 8:00am – 2:00pm

Jueves 8:00am – 2:00pm

Viernes 8:00am – 2:00pm

CONDADO DE KINGS
Distribución de Materiales Informativos
Del Plan de Salud Mental (MHP, sus siglas en inglés)

Nombre del Cliente: _____

EHR #: _____

Fechas de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Escribir iniciales en el momento de la distribución al momento de la oferta de cada uno	Materiales Informativos Provistos			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;">Inicial del personal</td> <td style="width: 50%; padding: 5px; text-align: center;">Inicial del cliente</td> </tr> </table>	Inicial del personal	Inicial del cliente	<i>Los siguientes materiales se entregan a todas las personas al momento de la admisión.</i>	
Inicial del personal	Inicial del cliente			
		Aviso de prácticas de privacidad – Le informa como Salud Conductual del condado de Kings y sus Proveedores/Contratistas pueden usar o divulgar información sobre su salud física y/o mental. La ley federal requiere que el condado le entregue este aviso.		
		Derecho del beneficiario – Le brinda información sobre su derecho a recibir servicios especializados de salud mental por razones médicas del MHP (sus siglas en inglés).		
		Consentimiento para tratar – Describe expectativas con respecto al tratamiento que puede recibir. También explica que los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento se le explicaron a usted.		
		Eslogan y ayudas auxiliares – Lo ayuda a identificar el idioma en el que necesita que le sean provistos los servicios a través de servicios bilingües o de interpretación, servicios de interpretación telefónica a través de una línea de idiomas, o mediante una ayuda auxiliar.		
		Aviso de no discriminación – Le informa que el condado de Kings MHP cumple con la ley federal de derechos civiles y proporciona información sobre cómo puede presentar una queja si cree que ha sido discriminado.		
		Formulario y procedimiento de reclamos y apelaciones – Lo ayuda a presentar un reclamo sobre sus servicios si lo necesita en algún momento. El procedimiento le indica como presentar la queja.		
<i>Los siguientes materiales se entregan al momento de admisión a todas las personas que acceden a los servicios para niños y jóvenes</i>				
		Servicios de Salud Mental para el tratamiento de diagnóstico de detección temprana y periódica (EPSDT, siglas en inglés) – Explica los servicios EPSDT (siglas en inglés) de Medi-cal para niños, adultos y jóvenes y sus cuidadores o tutores.		
		Folleto informativo de servicios de comportamiento terapéutico (TBS, siglas en inglés) – Resume los servicios de TBS que están disponibles para los niños /jóvenes con desafíos emocionales graves que pueden necesitar un servicio suplementario para sus servicios de salud mental.		
		Declaración de derechos de salud mental para niños de crianza temporal – Proporciona información al niño/joven de crianza temporal sobre sus derechos para recibir servicios de salud mental.		
<i>Los siguientes materiales se ofrecen a todas las personas en el momento de la admisión y se entregan cuando los soliciten. También se debe mantener una copia de cada uno en la recepción para uso público.</i>				

		Salud Conductual del Condado de Kings MHP “Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal” - Contiene información sobre elegibilidad para servicios especializados de salud mental a través de Medi-Cal, así como también como acceder a esos servicios, que servicios están disponibles, cuáles son sus derechos y responsabilidades, y como presentar una queja, apelación o una audiencia imparcial del estado. <i>Este documento tiene más de 50 páginas y está disponible a quien lo solicite. Sin embargo, hay una copia disponible en todo momento en la recepción y en el sitio web de MHP: http://www.kcbh.org/</i>
		Manual del Beneficiario de Medi-Cal – Condado de Kings – Explica sus beneficios de servicios especializados de salud mental de Medi-Cal, puede responder a muchas de sus preguntas relacionadas con los servicios y contiene números de teléfono e información importantes relacionados con el MHP (siglas en inglés) del condado de Kings. <i>Este documento tiene más de 50 páginas y está a quien lo solicite. Sin embargo, hay una copia disponible en todo momento en el lobby y en el sitio web de MHP (siglas en inglés): http://www.kcbh.org/</i>
		Lista de proveedores de MHP – Condado de Kings – Contiene una lista de proveedores clínicos autorizados, registrados y dispensados que son empleados o contratados por MHP (siglas en inglés) para proporcionar servicios de salud mental a través de Medi-Cal para los residentes del condado de Kings que cumplen con la necesidad médica. <i>Este documento tiene más de 20 páginas y está disponible a quien lo solicite. Sin embargo, hay una copia disponible en todo momento en el lobby y en el sitio web de MHP: http://www.kcbh.org/</i>
Los siguientes materiales se ofrecen a todas las personas mayores de 18 años, en el momento de la admisión, y se entregan a quien lo solicite.		
		Folleto de instrucciones anticipadas para la atención médica – Explica su derecho para tomar decisiones sobre su tratamiento médico. Incluye como designar a una persona que pueda tomar decisiones de atención médica por usted cuando no pueda hacerlo (Agente de Atención Médica), y como cambiar su directiva en cualquier momento.
		¿Usted ya tiene una directriz anticipada de atención médica o un poder notarial permanente para atención médica? Si No
		¿Si así lo es, puede proveer una copia de para nuestros registros médicos? Si No

Firma del Personal después de completar: _____ Fecha: _____

Firma del Cliente después de completar: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Entregue una copia al cliente y escanee el original en el EHR bajo los archivos adjuntos (título “Materiales Informativos”). Una vez escaneados, estos deben ser triturados.

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: ☐ Admitir ☐ 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) / SNFConvalescent 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: ☐ Sí ☐ 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 (F) Mujer (M) Hombre (O) Otro (T) Transgénero		*Fecha De Nacimiento: ☐ ¿Actual? ☐ ¿Estimado?	
Nacido en EE.UU.: ☐ Sí ☐ No			
Nacido en California : ☐ Sí ☐ No			
Lugar de nacimiento:	*(21) Condado:	*(22) Estado:	(23) País:
*Nombre de la madre			
*(9) Estado civil: Círculo Uno (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: _____

Formulario demográfico

Las áreas sombreadas indican una Búsqueda mesa está disponible

*(11) Raza: Círculo Uno			
(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	
*(12) Idioma primario: Círculo Uno			
(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
*(13) Método de comunicación: Círculo Uno			
(C) Dispositivo de comunicación	(S) Lenguaje de señas	(V) Verbal	
(H) Traductor – Hmong	(T) Traductor – Español	(X) Traductor - Otros	
*(12) Idioma preferido (individual): Indicar código (de prim lang arriba) _____			
** (12) Idioma preferido (Caretaker): Indicar código (de prim lang arriba) _____			
*Intérprete necesario? Sí No ☐ ☐			
*(14) Estado laboral: Círculo Uno			
(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		
*(15) Arreglo de Vida: Círculo Uno			
(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	
*Número de niños menores de 18 años que el cliente cuida/responsables por el 50% o más del tiempo?			
*Número de dependientes mayores de 18 años que el cliente cuida/responsables por el 50% o más del tiempo?			
*(16) Educación (grado más alto completado):		Educación Especial: ☐ Sí ☐ No	
Distrito de Residencia:			
*(18) Discapacidad: Círculo Uno			
(D) Discapacitados para el desarrollo	(H) Audición	(O) Otra discapacidad (no AOD)	(V) Visión
(E) Salud mental	(M) Movilidad	(S) Discurso	(N) Ninguno
*Veterano: ☐ Sí ☐ No		Sucursal:	

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 ☐ ☐	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CLIENTE	
¿Podemos dejar el mensaje en casa? Sí No ☐ ☐	
¿Podemos dejar el mensaje en el trabajo? Sí No ☐ ☐	
¿Podemos dejar el mensaje a través del contacto de emergencia? Sí No ☐ ☐	
¿Podemos dejar un mensaje en su celular? Sí No ☐ ☐	
¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo? Sí No ☐ ☐	
NPP dado? Sí No ☐ ☐ Formulario Fecha Firmada:	
BHA – Formulario de consentimiento: ☐ Sí ☐ No ☐ 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							
					☐ Sí	☐ No	☐ N/A
*ID de personal	*Nombre del personal		*Fecha		*Tiempo		
Firma del personal que introduce información (si es diferente de la anterior):							
					☐ Sí	☐ No	☐ 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 (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	Lantermann–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 ultimos seis (6) meses.

Marque aqui si ninguna ☐

Droga-No. de Receta, Nombre, Fuerza	Ordenes

¿A tomado usted medicina recetada a alguien mas? ☐ No
☐ Si, 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, 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 INDIGESTION				
PARA ASMA					PARA DORMIR				
PARA ESTRENIMIENTO					PARA PROBLEMAS DE LA PIEL				
PARA DIARREA					PARA DIETA				
PARA DOLOR DE CABEZA/DOLOR					PARA MANTENERSE DESPIERTO				
PARA NERVIOSIDAD/TENSION					VITAMINAS				
OTRO					Hierbas/Homeopaticas				

ALERGIAS:

Es usted alergico a:	No	Si	Si, Si, nombre la sustancia especifica y describa la reaccion.
¿ALGUNA MEDICINA?			
¿ALGUNA COMIDA?			
¿CUALQUIER OTRA COSA?			

¿Nunca a tenido ☐ Fiebre del heno ☐ Asma ☐ Sarpullido ☐ Eczema?
 ¿Algun miembro de su familia tiene alergias? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermana ☐ Hermano

HABITOS DE TOMAR:

Usted Toma	No	Si	Regular	Raramente	Cuanto
CAFÉ					
TE					
COCA/PEPSI					
CERVEZA					
VINO					
LICOR					

¿Esta usted en una dieta especial?

☐ No ☐ Si Si, Si, describa
HABITOS SOCIALES/RECREACIONES:

¿Lo Hace o Lo ha Hecho?	No	Si	Si, Si, identifique la sustancia especifica cantidad y frecuencia.
FUMAR CIGARRO			
OTRO			
¿De medicaciones, usted tiene reacciones?			

Firma del Consumidor: _____ Fecha _____
 (Firma del Padre o Guardian si el Consumidor es un niño o joven)

NOMBRE:	APELLIDO	NOMBRE DE PILA	No. de ARCHIVO

ANTECEDENTES DE DROGA Y ALERGIA

AVISO DE PRACTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD

El Condado crea expedientes del cuidado médico para proveer cuidado de calidad y conformarse con requisitos legales. El Condado entiende que su información médica es personal y privada, y se compromete a salvaguardarla hasta el punto más razonable posible. La ley requiere que el Condado mantenga su información médica privada y que le provea este aviso de nuestros deberes legales y practicas de la privacidad. La ley también requiere que el Condado siga los términos de este aviso. Este aviso resume los límites en como el Condado manejará su información medica. Bajo ley federal, el Condado debe proveer copia de este aviso cuando recibe cuidado medico y servicios relacionados del Condado, o participe en ciertos planes médicos administrados u operados por el Condado. El Condado reserva el derecho de cambiar las prácticas y hacer nuevas provisiones efectivas para toda información médica que mantiene. Usted puede pedir una copia actualizada de este aviso en cualquier tiempo.

El uso y revelación – General

Generalmente, sino como de otro modo especificado abajo, el Condado puede usar y revelar la siguiente información médica, cuando permitido por la ley estatal y federal:

Para tratamiento

El Condado usa y revela información médica para proveerle cuidado médico y servicios relacionados. Por ejemplo:

- Enfermeros, doctores, u otros empleados del Condado pueden registrar su información médica, y pueden compartir tal información con otros empleados del Condado.
- El Condado puede revelar información médica a personas fuera del Condado implicadas en su cuidado que proveen tratamiento y servicios relacionados.
- El Condado puede usar y revelar información médica para contactarlo para recordarle de citas para tratamientos o servicios de cuidado médico.

Para pago

El Condado le pasar facturas a usted, a compañías de seguro, o a terceros partidos. La información en o acompañando estas fracturas pueden identificarlo, así como diagnosticas, evaluaciones, procedimientos realizados, y los suministros médicos utilizados.

Para operaciones de cuidado médico

El Condado puede usar información en su expediente médico para evaluar el cuidado y los resultados en su caso para mejorar nuestros servicios, y en procesos administrativos como comprar dispositivos médicos, o para auditar los datos financieros.

Para administración de planes médicos

Como administrador de ciertos planes médicos, como Medicare, Medi-Cal, y Exclusive Care, el Condado puede revelar información limitada a patrocinadores del plan. La ley solo requiere que se use esta información para propósitos como elegibilidad de planes y matriculación, administración de beneficios, y el pago de gastos de asistencia médica. La ley prohíbe específicamente el uso para acciones o decisiones relacionadas con el empleo.

El uso y revelación que requiere su autorización

En una base limitada, el Condado puede usar y revelar información médica solo con su permiso, como es requerido por la ley estatal y federal:

- De los registros de la salud mental.
- De los registros de tratamiento para abuso de sustancias.

El uso y revelación que requiere una oportunidad para que usted concuerde o se oponga

En ciertos casos, el Condado puede usar y revelar información médica solo si le informa en avance y provee una oportunidad para que usted concuerde o se oponga, como es requerido por la ley estatal y federal:

- El Condado puede incluir su nombre, su ubicación en la facilidad, su condición general, y afiliación religiosa en un directorio de la facilidad mientras usted sea paciente para que su familia, sus amigos, y el clero lo puedan visitar y saber como esta usted.

AVISO DE PRACTICAS SOBRE LA PRIVACIDAD

Si usted tiene comentarios, preguntas o quisiera información adicional con respecto a este aviso o las prácticas de la privacidad del

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y CONDUCTA SANA DEL CONDADO DE KINGS

Por favor comuníquese con:

Dr. Lisa Lewis, PhD, Directora
460 Kings County Drive, Suite 101
Hanford, CA 93230
(559) 852-2376

**Línea para el Defensor de Derechos
de los Pacientes**
1-866-701-5464
www.kcbh.org

- A individuos asistiendo con su tratamiento o pago.
- Para asistir con auxilio de victima para notificarle a su familia acerca de usted.

El uso y revelación que NO requiere su permiso o una oportunidad para que usted concuerde o se oponga

En casos específicos, el Condado puede usar y revelar la siguiente información médica sin su permiso y sin proveerle la oportunidad para que usted concuerde o se oponga:

Como requerido por la ley.

Para actividades de salud publica, que pueden incluir los siguientes:

- Previniendo o controlando enfermedades, heridas, o incapacidad;
- Reportando nacimientos y muertes;
- Reportando abuso o negligencia de niños, ancianos, o adultos dependientes;
- Reportando reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Notificando a personas de recuerdos de productos que puedan usar; o,

- Notificando a personas expuestas a o a riesgo de contratar o extender una enfermedad o condición.

Para informar abuso, negligencia, o violencia domestica bajo mandato.

Para actividades de descuido de salud necesaria para que el gobierno vigile el sistema de cuidado medico, programas gubernamentales y la conformidad con leyes de derechos civiles.

Según el grado mínimo necesario para obedecer diligencias judiciales y administrativos cuando obligado por orden judicial, o en respuesta a un citatorio judicial, a una revelación de información cuando permitido por ley.

Al organismo de represión:

- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo importante, o desaparecido;
- Acerca de la victima del crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no somos capaces de obtener acuerdo de la persona;
- Acerca de la muerte que podemos creer que es el resultado de comportamiento criminal;
- Acerca de comportamiento criminal en el hospital; o,
- En circunstancias de emergencia para informar de un crimen, la ubicación de un crimen, o victimas de crimen, o la identidad, descripción o ubicación de una persona que pudiera haber cometido un crimen.

A investigadores, a los médicos encargados de las análisis, y a los directores de funeraria como sea necesario para que ellos pueden llevar a cabo sus deberes.

Para la donación de órganos una vez que usted es difunto.

Para la investigación sanitaria en conformidad con condiciones estrictas aprobadas y vigiladas por una Mesa de Revisión Institucional.

Para apartar las amenazas graves a la salud y la seguridad de usted o de otros.

Con respecto al personal militar para actividades creídas necesarias por autoridades militares apropiadas de orden para asegurar la ejecución apropiada de una misión militar.

Para determinar su elegibilidad para o el derecho a los beneficios del veterano.

A oficiales federales autorizados para el conducto de la inteligencia lícita, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional.

A instituciones correccionales y otras situaciones de pena de prisión de aplicación de la ley, los presos de instituciones correccionales o en la custodia de un funcionario de un organismo de represión. Para determinar su elegibilidad para o matricularse en programas de salud gubernamentales.

Para la Remuneración de los Trabajadores o programas semejantes, al grado mínimo necesario.

El Condado no divulgará su información de la salud para la comercialización o recaudación de fondos, u otras razones no enumeradas arriba sin su permiso escrito previo, y usted puede retirar ese permiso en la escritura en cualquier momento. Si usted lo hace, el condado no utilizará o revelará mas información médica sobre usted por las razones que usted permitió. Usted comprende que el Condado no puede contraer las revelaciones ya hechas con su permiso, y que debe retener los expedientes del cuidado ya proporcionado.

Derechos y Responsabilidades

Con respecto a la información de salud, el Condado reconoce y se comete a salvaguardar su:

Derecho de solicitar restricciones en cierto uso y revelación

Usted tiene el derecho de solicitar restricción o limitación en la información médica que el Condado usa o revela para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, aunque la Ley no requiere que el Condado acepte su petición. Si el Condado concuerda, se conformará excepto para proporcionar el tratamiento de emergencia. Las peticiones deben estar en la escritura e indicar: la información que usted quiere limitar, si limitar el uso, la revelación, o ambos; y, a quien aplican los límites. Por ejemplo, usted puede pedir no revelar a su esposo.

Derecho a comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de pedirle al Condado que se comunique con usted de cierta manera, o en cierta ubicación.

Derecho a examinar y copiar expedientes

Usted tiene el derecho a examinar y obtener copias de su información de salud. Las peticiones deben estar en la escritura, y el Condado puede cargarle un honorario para los costos de satisfacer su petición. El Condado puede negar peticiones de examinar o de copiar notas de la psicoterapia, expedientes de salud mental, o los materiales para saber si hay procesos jurídicos. Usted puede pedir la revisión de una negación de otro profesional del cuidado médico elegido por el Condado. El Condado se conformará con los resultados de esa revisión.

Derechos de enmendar los expedientes de salud

Si la información que el Condado tiene sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede pedir enmendarlo. Las peticiones deben estar en la escritura, y proporcionar una razón que apoya su petición. El Condado puede negar su petición si no está en la escritura, o no incluye una razón que la apoya. El Condado puede negar peticiones si la información:

- No fue creada por el Condado;
- No es información médica guardada por o para el Condado;
- No es información que le permiten examinar o copiar; o,
- Es exacta y completa.

Derecho a una contabilidad de ciertos accesos

Usted tiene el derecho de pedir una lista de los seis años pasados de accesos de su información médica desde el 14 de abril de 2003, no referente al tratamiento, al pago o a operaciones del cuidado médico. Las peticiones deben estar en la escritura. La primera lista que usted pide en un período del año es gratis. El Condado puede cobrarle el costo de proporcionar o de reproducir listas adicionales. Cuando dicho el costo, usted puede retirar o puede modificar su petición.

Derecho de pedir y obtener una copia del aviso de prácticas de privacidad

Derecho de archivar las quejas sin el temor de la venganza

Bajo ley, el Condado no puede penalizarle por archivar una queja. Si usted cree que el Condado violó sus derechos de privacidad, usted puede archivar una queja con el oficial de privacidad del departamento, la oficina de privacidad del Condado, o con el Secretario de la Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

LA ADMINISTRACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CONDUCTA SANA DEL CONDADO DE KINGS

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO PARA UN ADULTO

Para que nosotros le podamos proveer los servicios de salud mental, debemos tener su consentimiento informado.

Las Leyes de California han sido establecidas para proteger el privilegio de confidencialidad entre un consejero y un paciente, y La Agencia de Servicios de la Salud del Comportamiento protege el privilegio de confidencialidad que le pertenece solamente al paciente. Al firmar esta forma no constituye una renuncia de cualquier privilegio del paciente y psicoterapeuta. Es solamente bajo ciertas circunstancias muy específicas que este privilegio de confidencialidad no existe:

1. Somos requeridos por ley de reportar cualquier incidente, si hay sospechas, de abuso de niños (pasado o presente); abuso de ancianos o abuso de adulto dependiente.
2. La ley manda que notifiquemos a otros en casos donde existe un peligro de danos a el mismo o a otros.
3. Si evaluamos a alguien de ser gravemente suicida, o que no pueda cuidar de si mismo/misma, podemos notificar a las autoridades apropiadas para que hagan arreglos de hospitalización.
4. Nuestros archivos pueden ser citados por una corte de ley.
5. Una orden de la corte para una evaluación psicológica puede ser justificado en la petición de archivos.
6. Violación de una orden de la corte (e.g. una "orden de no contacto", de una orden de restricción temporaria o una Violación de un Acuerdo de Custodia) puede justificar una petición de archivos.
7. Pueden haber otras circunstancias en cuales la corte puede decidir que el privilegio no existe.

También queremos informarle que el registro de salud mental será mantenido en nuestro sistema de mantener archivos del Departamento de Conducta Sana, cual puede incluir información estadística computarizada, facturas y información de tratamiento, es designado para proteger sus derechos personales y asegurar confidencialidad. Sin embargo, en el proceso de proveerle servicios, hay un numero limitado de individuos quienes tendrán acceso a sus registros, incluyendo otros proveedores de servicios de salud mental financiados por el Condado quienes están o estarán directamente involucrados con su tratamiento. Para proveer servicios los cuales son necesarios para cumplir el propósito por el cual usted ha consultado al Departamento de Conducta Sana, su caso puede ser discutido con otros consejeros para administración del caso, supervisión o propósitos de consulta. Otros consejeros consultados mantendrán la confidencialidad de información privilegiada proveída por usted. Datos clínicos, sin información que identifique al paciente pueden ser analizados como parte de nuestra promesa de calidad garantizada e investigación.

Yo _____, he leído la información del consentimiento y la entiendo.

Nombre del Paciente

Yo con esto doy mi consentimiento para tratamiento y reconozco que mis archivos serán mantenidos en el Condado de Kings Servicios de Salud Mental.

Firma del Paciente o Conservador

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

Paciente no pudo dar consentimiento informado a este tiempo; no se sabe de un LPS Conservador.

Firma del Terapeuta

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

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 deletrear 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 riesgos 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.



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.

Firma del Cliente

Fecha

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".

Firma del Cliente

Fecha

_____ Sí _____ No

Agente de Sanidad Mental

Fecha

DERECHOS DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL



MOSAIC FORES

Alice Washington, 2004

Los pacientes de salud mental tienen los mismos derechos legales garantizados a todos por la Constitución y por las leyes de los Estados Unidos y de California.

USTED TIENE EL DERECHO:

- **A dignidad, privacidad y trato humano**
 - **A no sufrir daño, incluyendo excesivo o innecesario use de restriccióm física, aislamiento, medicamento, o abuso y descuido**
 - **A recibir información sobre su tralamiento y a participar en planear su tratamiento**
 - **A dar su consentimiento a tratamiento, o a rehusar tratamiento, a menos que exista una emergencia según la definición legal, o que haya una determinación legal de incapacidad**
 - **A servicios enfocados en el cliente diseñados para cumplir sus propias metas, necesidades diversas, preocupaciones, habilidades, o motivaciones**
 - **A servicios de tratamiento que aumenten su habilidad de ser mas independiente**
 - **A cuidado y tratamiento medico lo mas pronto posible**
- **A servicios en el idioma que usted comprenda y con sensibilidad a diversas culturas y necesidades especiales**
 - **A tener y usar artículos personales incluyendo artículos de tocador**
 - **A tener su propio lugar privado para guardar sus artículos personales**
 - **A tener y gastar una cantidad razonable de su propio dinero para compras pequeñas**
 - **A tener acceso razonable a teléfonos – para hacer y recibir llamdas confidenciales o para que alguien haga la llamada por usted**
 - **A tener acceso razonable a papel y pluma para escribir, incluyendo estampillas de correo y de recibir su correspondencia cerrada**
 - **A usar su propia ropa**
 - **A actividades sociales, participación en actividades de la comunidad, ejercicio físico y oppportunadades de recreo**
- **A recibir visitas diariamente**
 - **A ver y recibir servicios de un representante de pacientes que no tiene responsabilidad clínico ni administrativa, directa o indirecta, por la persona que recibe servicios de salud mental**
 - **A tener la libertad de practicar su religión**
 - **A participar en programas apropiados de educación publica**
 - **A estar libre de procedimientos peligrosos**
 - **A tener todos los otros derechos proporcionados por ley o reglamento**

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL REPRESENTANTE DE DERECHOS EN SU CONDADO LOCAL:

LOCAL COUNTY PATIENTS' RIGHTS ADVOCATE:

Kings County Patient Rights Advocate
BHPRA@co.kings.

California Office of Patients' Rights
1831 K Street Sacramento, CA 95811-4114
(916) 504-5810,
<http://www.disabilityrightsca.org/>
Department of Health Care Services
Mental Health Services Division Ombudsman
(800) 896-4042 or
Email: mhombudsman@dhs.ca.gov

LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 559-852-2444(TTY: 7-1-1). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 559-852-2444 (TTY: 7-1-1): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի զրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 559-852-2444 (TTY: 7-1-1): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຫກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານເຮັດການຄວາມຊ່ຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ເທບາເບີ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). ຍັງມີຄວາມຊ່ຍເຫຼືອແລະການຜິການສຳລັບຄົນພິການ ໃຊ້ເອກະສານຟື້ນຟູອັກສອນພູແລະມີຕາພິມໃຫຍ່ໃຫ້ເທບາເບີ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan
benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 559-852-2444
(TTY: 7-1-1). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo
wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux
aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx
559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-
henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 559-852-2444 (TTY: [1-xxx-xxx-xxxx]). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: [1-xxx-xxx-xxxx])। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 559-852-2444 (линия ТТΥ: 7-1-1). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 559-852-2444 (линия ТТΥ: 7-1-1). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณด

ต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ ความช่วยเหลือและบริการต่าง

ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด

้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). Các dịch vụ này đều miễn phí.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra de la ley. *Kings County Behavioral Health* sigue las leyes de derechos civiles estatales y federales. *Kings County Behavioral Health* no discrimina ilegalmente, excluye o trata de manera diferente a la gente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, padecimiento médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

Kings County Behavioral Health proporciona:

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse mejor, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (impresión en tipografía grande, formatos de audio o accesibles electrónicamente)
- Servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios póngase en contacto con *Kings County Behavioral Health* entre *Lunes a Viernes 8:00am - 5:00pm* llamando al 559-852-2444. O si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 7-1-1. Este documento se puede poner a su disponibilidad en braille, impresión en tipografía grande, formatos de audio o electrónico si lo solicita.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que *Kings County Behavioral Health* no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de manera ilegal por motivos del sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, padecimiento médico, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante el *Defensor(a) de Los Derechos del Paciente*. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente de las siguientes formas:

- Por teléfono: contacte al *Defensor(a) de Los Derechos del Paciente* entre *Lunes a Viernes 8:00am - 5:00pm* llamando al 559-852-2444. O si no puede escuchar o hablar bien, llame al 7-1-1.
- Por escrito: llene un formulario de reclamo o escriba una carta y envíela a:

460 Kings County Drive. Suite. 101. Hanford, CA 93230

- En persona: visite el consultorio de su médico *Kings County Behavioral Health* y diga que desea presentar una queja.
- Electrónicamente: visite el sitio web de *Kings County Behavioral Health* en *KCBH.ORG*.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o electrónicamente de las siguientes formas:

- Por teléfono: llame al **916 -440-7370**. Si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al **711 (retransmisión de telecomunicaciones de California)**.

- Por escrito: llene un formulario de reclamo o envíe una carta a:

**Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Servicios
de Atención Médica
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de quejas están disponibles en:

<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.
-

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si cree que se le ha discriminado debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.

- Por escrito: llene un formulario de reclamo o envíe una carta al

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

- Los formularios de quejas están 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>

GRIEVANCE/COMPLAINT PROCESS

Grievance means the expression of dissatisfaction about any matter other than a **Notice of Adverse Benefits Determination (NOABD)**. Grievances may include, but are not limited to, the quality of care or services provided, and aspects of interpersonal relationships such as rudeness of a provider or employee, or failure to respect the beneficiary's rights regardless of whether remedial action is requested. All Mental Health Beneficiary's have the right to file a grievance or a complaint about any aspect of their mental health treatment. A beneficiary may file a grievance or complaint *in-person, by telephone, in writing, fax or online*. Self-addressed envelopes are also available, addressed to the Patients' Rights Advocate. You may use a representative you authorize (family member, patients' right's advocate, or significant support person) to assist on your behalf.

Standard Resolution of a Grievance: 90 Days

Patients' Right's Advocate

460 Kings County Drive suite 101, Hanford, CA. 93230.

Office: 1-559-852-2423 Fax: 1-559-584-6037

Website: <http://www.kcbh.org/patients-rights-advocacy.html> (temp loc)

For assistance with your grievance, you may contact the Patient Right's Advocate at

1-866 -701-5464

APPEAL PROCESS

All mental health consumers have the right to file an appeal after receiving a **Notice of Adverse Benefit Determination (NOABD)**, which states you do not qualify for Specialty Mental Health Services. NOABD also includes when previously approved services are reduce or terminated. An appeal can be requested verbally; however, a written appeal form must be completed and returned to the Patients' Right's Advocate. Appeal forms are available in the waiting room of the clinic. Self-addressed envelopes are also available, addresses to the Quality Assurance Clinician.

Standard Resolution of Appeal: 30 days.

EXPEDITED APPEAL

These apply in instances where a provider indicates or the MHP determines that the standard timeframe for appeals may seriously jeopardize the beneficiary's life or health or ability to sustain, maintain, or regain maximum functioning. An expedited appeal may be requested verbally without a need for written request,

In these instances, you have the same rights as the standard appeal process. For question, call the Quality Assurance Clinician at 1(559) 852-2297.

Standard Resolution of Expedited Appeals: if approved, 72 hours.

Filing an Appeal, contact:

Quality Assurance Clinician

In-Person or by mail:

460 Kings County Drive Suite 101, Hanford, CA. 93230.

Phone: 1-559-852-2297

STATE FAIR HEARING

If you are dissatisfied with the outcome of an appeal, you have the option of requesting a State Fair Hearing. To do so contact the State Hearing Division, State Department of Social Services; 744 P Street, Mail Station 19-37; Sacramento, CA 95814; 1(800)-952-5253 or 1(800) 952-8349 TDD/TDY

You have 120 days after the postmark date of a decision denying your Appeal to request a State Fair Hearing.

Please note you must exhaust the County's Grievance/Complaint Process prior to filing for a State Hearing.

Grievance, Appeal, and Expedited forms are available in the waiting room of each mental health clinic or online. Self-addressed envelopes are also available.

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—Extremadamente
Pensamientos y sentimientos					
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					
Actividades y relaciones personales					
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					
Síntomas físicos					
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					
Impulsos suicidas					
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 →					

*Copyright© 1984 por David D. Burns, M.D. (Revisado, 1996.)

**Cualquier persona con impulsos suicidas debe buscar ayuda de un profesional de salud mental.

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—Extremadamente
Pensamientos y sentimientos ansiosos					
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					
Síntomas físicos ansiosos					
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 →					

*Copyright© 1984 por David D. Burns, M.D. (Revisado, 1996.)

**Cualquier persona con impulsos suicidas debe buscar ayuda de un profesional de salud mental.

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				

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.

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 ningún modo	Un poco	Moderado	Un rato largo	Extremada mente	Puntuación 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	
Puntuación Total/Parcial Sin Procesar:							
Puntuación Total Raw Prorrateada: (si 1-2 elementos no han dado respuesta)							
Puntuación Total Promedio:							

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.



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.



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



Mental Health • Prevention and Early Intervention • Substance Use Disorders Prevention and Treatment

Lisa D. Lewis, PhD | Director of Behavioral Health | (559) 852-2444

NOTICE TO CLIENTS

The Board of Behavioral Sciences receives and responds to complaints regarding services provided within the scope of practice of (marriage and family therapists, licensed educational psychologists, clinical social workers, and professional clinical counselors). You may contact the board online at www.bbs.ca.gov, or by calling (916) 574-7830.

AVISO DE QUEJAS

La Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS por sus siglas en Inglés) recibe y responde a las quejas sobre los servicios prestados dentro del alcance de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos y consejeros clínicos profesionales). Usted puede comunicarse con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

My information/ Mi información:

(Provider name, Title) (License or Registration #)/ (Nombre del proveedor, título) (Licencia o número de registro)

Clinical Supervisor (if applicable)/ Supervisor clínico (si aplica):

(Name, Title) (License #) (Nombre, título) (Número de licencia)

For more information on how to file a Medi-Cal grievance, contact Kings County Patient's Rights Advocate at (559)852-2424.

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja de Medi-Cal, comuníquese con el Condado de Kings Defensor de los Derechos de los Pacientes al (559)852-2424.

By signing below, I acknowledge receipt of this information. Al firmar a continuación, reconozco haber recibido esta información.

Signature/ Firma _____ Date/Fecha _____



Mental Health • Prevention and Early Intervention • Substance Use Disorders Prevention and Treatment

Lisa D. Lewis, PhD | Director of Behavioral Health | (559) 852-2444

NOTICE TO CLIENTS

The _____ of the _____
(Name of office or unit) (Name of agency)
receives and responds to complaints regarding the practice of psychotherapy by any unlicensed or
unregistered counselor providing services at Kings County Behavioral Health.
To file a complaint, contact

(Telephone number, email address, internet website, or mailing address of agency)

AVISO DE QUEJAS

El/ La _____ del/ de la _____
(Nombre de oficina o unidad) (Nombre de la agencia)
recibe y responde a las quejas sobre la práctica de psicoterapia de cualquier interno o consejero no
registrado proveyendo servicios al departamento de Salud Mental de Kings.
Para presentar una queja, puede comunicarse

(Número telefónico, correo electrónico, domicilio, sitio de internet, o dirección postal de la
agencia)

My information/ Mi información:

(Provider name, Title) / Nombre del proveedor, título
Clinical Supervisor/ Supervisor clínico:

(Name, Title) (License #) / Nombre, título, número de licencia

For more information on how to file a Medi-Cal grievance, contact Kings County Patient's Rights
Advocate at (559) 852-2424.
**Para obtener más información sobre como presentar una queja de Medi-Cal, puede
comunicarse con el Defensor de los Derechos del Paciente del condado de Kings al (559)852-
2424.**

**By signing below, I acknowledge receipt of this information. Al firmar a continuación, reconozco
haber recibido esta información.**

Signature/ Firma _____ Date/Fecha _____



Proceso, Beneficios, y Riesgos de Psicoterapia

Participar en psicoterapia puede resultar en una serie de beneficios, incluyendo una reducción en los sentimientos de angustia y comportamientos problemáticos, mayor conciencia personal y conocimiento, mayor habilidad para manejar el estrés, y la resolución de problemas específicos. Sin embargo, compartir la historia personal o los desafíos continuos de la vida a veces pueden crear molestias e incluso pueden conducir un aumento de la ansiedad y la depresión durante un período de tiempo antes de que los síntomas mejoren.

Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado sobre el proceso, los beneficios y los riesgos de la psicoterapia proporcionados por Kings View.

Firma del consumidor

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
☐ Evaluación ☐ Diagnóstico ☐ Plan de Tratamiento ☐ Resumen de Alta ☐ Evaluación Psiquiátrica ☐ Historia Psiquiátrica ☐ Resultados de Examen Psicológico ☐ Fechas de Hospitalización: ☐ 6 meses anteriores O ☐ Fechas desde _____ hasta _____	☐ Notas de Progreso ☐ Notas de Enfermería ☐ Notas de Médico ☐ Ordenes Medicas/ Medicamento Verificación de: ☐ Asistencia ☐ Progreso ☐ Cumplimiento Periodo de Tiempo (requerid): ☐ Última Admisión O Fechas de _____ a los _____ ☐ Resultados de las Pruebas de Drogas ☐ Informe de Asistencia ☐ Resumen del Tratamiento ☐ Plan de Tratamiento ☐ Notas de Progreso ☐ Evaluación ☐ Resumen de Alta	☐ Incluir Otro ☐ Domicilio ☐ Teléfono ☐ Estado Financiero Citas ☐ Programación ☐ Reprogramación ☐ Cancelación ☐ Lista de Citas Programadas
☐ 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: _____



Salud Conductual del Condado de Kings

Directorio de Proveedores de Salud Mental

Marzo 2023

Como beneficiario de Kings County Medi-Cal, si cree que usted o un miembro de su familia necesita servicios de salud mental, llame a la Línea de Acceso al 1-800-655-2553 (línea gratuita). Tenga en cuenta que todos los siguientes proveedores pueden acomodar a personas con discapacidades físicas y servir a los beneficiarios de Kings County Medi-Cal. Los servicios pueden ser prestados por un proveedor individual, o un equipo de proveedores, que está trabajando bajo la dirección de profesionales con licencia que operan dentro de su ámbito de práctica. Solo los proveedores de salud mental con licencia, exentos o registrados se enumeran en el Directorio de proveedores del Plan.

Si necesita este documento en un formato alternativo (ejemplo: Braille, letra grande, cinta de audio, CD-ROM), puede solicitar un formato alternativo, sin costo para el beneficiario, llamando a la Línea de Acceso al 1-800-655-2553 (línea gratuita).

Sitio del proveedor	Tipo de servicio	Poblaciones Servido	Capacidad Cultural	Idioma(s) no inglés(s)	Horario de atención	Acceso para discapacitados
Kings View 1393 Bailey Dr. Hanford, California 93230 http://www.kingsview.org (559) 582-4481	Servicios ambulatorios de psiquiatría, terapia y rehabilitación en modo individual, familiar y grupal	Adultos	Personal Multicultural	Español	Lun – Vie 8 a.m. a 5 p.m.	Sí
¿El proveedor acepta nuevos clientes?: Sí						

Apellido del proveedor	Nombre del proveedor	Licencia	Número de licencia	Número de identificación nacional del proveedor	Competencia cultural completada	Capacidad lingüística	Especialidad
Ahmed	Zaheer	Psiquiatra	C 127721	1134330368	No	Inglés	Psiquiatra
Areias	Cassondra	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	106721 LMFT	1841683729	Sí	Inglés	Líder del equipo de recuperación y FSP de Adultos
Baker	Kimberly	Trabajadora Social	ASW 105792	1124788377	Sí	Inglés	Terapeuta - Crisis
Burnes	Bethany	Trabajadora Social	ASW 113374	1720791734	Sí	Inglés	Terapeuta - Crisis
Cano	Isabel	Técnica Psiquiátrica con Licencia	LPT 35453	158011983	Sí	Inglés, Español	Servicios de Enfermería
Cardenas	María Verónica	Terapeuta Asociado matrimonial y familiar	130355 AMFT	1922337658	Sí	Inglés, Español	Terapeuta - Adultos
Carrico	Tracy	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	LMFT 42980	1760608889	Sí	Inglés	Terapeuta - Crisis
Garivay	Denivie	Terapeuta Asociado matrimonial y familiar	133462 AMFT	1962075861	Sí	Inglés	Terapeuta - Adultos
Gascon	Natalia	Trabajadora Social	ASW 109358	1801518089	Sí	Inglés	Terapeuta - Adultos

Gonzalez	Sandra	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	104755 LMFT	1962829879	Sí	Inglés, Español	Terapeuta - Adultos
Hall	Stefani	Técnica Psiquiátrica con Licencia	LPT 34655	1548751753	Sí	Inglés	Servicios de Enfermería-Administradora de Casos
Leger	Constance	Trabajador Social Clínico Licenciado	LCSW 76698	1619399904	Sí	Inglés	Terapeuta - Crisis
Licón	Anna	Técnica Psiquiátrica con Licencia	LPT 36367	1811244528	Sí	Inglés, Español	Supervisora de Enfermería
Lynn	Nora	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	LMFT 49807	1265616320	Sí	Inglés	Subdirectora
Mejía	Natalie	Terapeuta Asociado matrimonial y familiar	AMFT 125890	1326506965	Sí	Inglés, Español	Terapeuta - Adultos
Martinez	Kathryn	Técnica Psiquiátrica con Licencia	LPT 37896	1902544703	Sí	Inglés	Servicios de Enfermería
Miller	Janice	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	125158 LMFT	1699299891	Sí	Inglés, Español	Terapeuta - Adultos
Munguía	Isabel	Terapeuta Asociado matrimonial y familiar	125602 AMFT	1972047439	Sí	Inglés, Español	Terapeuta - Adultos
Palma	Doxie	Enfermera Psiquiátrica Practicante	95010769	1265998850	Sí	Inglés	Sustancias Controladas II

Reis	Selena	Técnica Psiquiátrica con Licencia	LPT 33084	1962128637	Sí	Inglés	Servicios de Enfermería
Rogers	Lisa	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	LMFT 99767	1467794206	Sí	Inglés	Directora
Rolfsema	David	Trabajador Social Licenciado	LCSW 16614	1013136175	Sí	Inglés	Terapeuta - Acceso y Crisis
Schenley	Agnes	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	LMFT 41233	1760513766	Sí	Inglés	Terapeuta - Crisis
Smith	Anisha	Doctor en Osteopatía	20A9398	1245351568	No	Inglés	Psiquiatría – Servicios Estables
Taylor	Tom	Trabajador Social Licenciado	LCSW 17355	1891910527	Sí	Inglés	Terapeuta - Adultos
Truta	Mircea	Psiquiatra	A75064	1033230537	No	Inglés	Psiquiatría
Williams	Jason	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	121679 LMFT	1720409329	Sí	Inglés	Gerente de Programa de Acceso/Crisis
Zepeda	Lisa	Terapeuta matrimonial y familiar con licencia	LMFT 92541	1104121854	Sí	Inglés	Gerente de Programa de Adulto