



Mensaje a los consumidores:

Tenga en cuenta que este paquete está destinado a guiarlo durante su evaluación y evaluación por teléfono con el personal de Kings View.

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

Para inscribirse en los servicios por teléfono, llame al:
(559) 582-4481.

Tenga en cuenta los días y la hora de las evaluaciones telefónicas abajo:

Lunes 8:00am – 2:00pm

Miércoles 8:00am – 2:00pm

Jueves 8:00am – 2:00pm

Viernes 8:00am – 2:00pm

Para obtener una versión en línea del paquete para el consumidor, visite nuestro sitio web en:

<https://www.kingsview.org/services/mental-health/>

2 of 42
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
Inicial del personal	Inicial del cliente	
<i>Los siguientes materiales se entregan a todas las personas al momento de la admisión.</i>		
		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.
		Participación en el intercambio de información de salud - Le indica cómo se puede compartir su información de salud con los hospitales, proveedores de salud conductual, programas de salud del condado, médicos, trabajadores sociales y otros participantes de HIE que pueden brindarle servicios de salud o salud conductual.
		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>		
		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>
<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.</i>		
		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.
		<p>¿Usted ya tiene una directriz anticipada de atención médica o un poder notarial permanente para atención médica?</p> <p style="text-align: center;">No Si</p>
		<p>¿Si así lo es, puede proveer una copia de para nuestros registros médicos?</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>

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.

Legend:
 Screener Completes
 Admissions Completes

Formulario demografico

Las areas sombreadas indican una búsqueda mesa esta 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) / 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: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Número de Licencia:	Estado:
*Número de Seguro Social: <small>(Si no se ha introducido el SSN arriba)</small>		(8) Razón SSN no proporcionada: <small>(*Si el SSN está en blanco)</small>	
*(7) Género: Círculo Uno (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 (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: _____

*(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 <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
*(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: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Sucursal:	

Nombre del cliente: _____

Número de cliente: _____

Alias/Nombre de la doncella			
	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: _____

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 (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	Lanterman–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 ESTREÑIMIENTO					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 auxilia 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:

- Previniedo 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 reprensión:

- 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 pesquisadores, 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 reprensión. 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 divulgara 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

12 of 42

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 conformara 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 costes 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.

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____ Cliente: _____ ID#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para Tratamiento

Propósito

Desearía recibir servicios para mí mismo o para mi hijo de _____ (Condado) y/o sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre servicios que se me pueden proporcionar a mí o a mi hijo. Entiendo que tengo derecho a hablar con un proveedor sobre la información contenida en este documento y hacer preguntas para entender esta información.

Mis Derechos

Reconozco que se me ha informado sobre mis derechos/los derechos de mi hijo como cliente, y que se me ofreció el documento sobre derechos del consumidor, que contiene mis derechos/los derechos de mi hijo como cliente.

Prácticas de Privacidad

Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de _____ (Condado), que tiene información sobre la forma en que la información de salud privada mía/de mi hijo pueden utilizarse y revelarse conforme a la ley. Entiendo que en ciertas circunstancias debe revelarse la información que yo comparta. Por ejemplo, los proveedores de salud del comportamiento tienen obligación de informar si hay una sospecha razonable de abuso o negligencia contra niños, personas mayores o adultos dependientes; si existe una amenaza para mi seguridad/la de mi hijo; o si existe una amenaza para la seguridad de otras personas.

Entiendo que, si mi hijo está recibiendo servicios, en ciertos casos el proveedor de esos servicios es posible que no pueda compartir información conmigo sobre dichos servicios a menos que mi hijo se lo permita.

Servicios

Entiendo que los servicios que pueden proporcionarse se centran en problemas de salud mental y consumo de sustancias. Soy consciente de que la información y registros míos/de mi hijo pueden compartirse entre programas y proveedores de salud mental y consumo de sustancias con el fin de proporcionar tratamiento, en el grado en que lo permita la ley.

Riesgos y Beneficios de Servicios

Entiendo que los servicios de salud del comportamiento pueden tener riesgos y beneficios. Soy consciente de que los servicios de salud del comportamiento pueden implicar hablar de aspectos difíciles de mi vida o la de mi hijo, y hacer cambios en la medicación psiquiátrica que yo o mi hijo podamos tomar y/o tratamiento por consumo de sustancias. Es posible que yo o mi hijo experimentemos sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, enojo, frustración, soledad e impotencia. También es posible que yo o mi hijo experimentemos un aumento de los síntomas a medida que yo o mi hijo abordamos los problemas, o mientras se modifican y/o añaden mis medicamentos o los de mi hijo durante el tratamiento.

También soy consciente de que se ha demostrado que los servicios de salud del comportamiento tienen beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia y/o el tratamiento por consumo de sustancias pueden conducir a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, y reducciones significativas en sentimientos de malestar. Los medicamentos psiquiátricos pueden aliviar los síntomas de problemas de salud mental.

Entiendo que no hay certidumbres sobre lo que experimentaremos yo o mi hijo conforme recibimos servicios, y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los servicios de salud del comportamiento exigen una inversión de tiempo y esfuerzo de todos los implicados, así como estar abiertos a cómo se verá el cambio y el éxito.

Los Servicios son Voluntarios

Entiendo que la participación en servicios de salud del comportamiento es voluntaria, salvo ciertas situaciones en las que _____(Condado) tiene la obligación legal de proporcionar servicios incluso si es involuntario, tales como tutelas o retenciones psiquiátricas 5150.

Entiendo que, incluso si un tribunal me ordena participar en servicios de salud del comportamiento, aún puedo elegir no participar en los servicios. Soy consciente de que las consecuencias que pueden derivarse de mi decisión de no participar en servicios ordenados por un tribunal son responsabilidad mía. Entiendo que puedo hablar con un abogado, funcionario de libertad vigilada, y/o trabajador de Servicios de Bienestar Infantil para tomar la mejor decisión posible respecto de la participación en servicios ordenados por un tribunal.

Elegibilidad para Servicios

La elegibilidad para servicios de salud del comportamiento viene determinada por una combinación de leyes, reglamentos y políticas locales. Entiendo que, si una evaluación determina que yo/mi hijo ya no somos elegibles para servicios de salud del comportamiento, se hablará de los motivos conmigo y también se me entregará una notificación de determinación adversa de beneficios (NOABD, por sus siglas en inglés) que explique estos motivos e información sobre el proceso de apelaciones. En ese momento se me darán remisiones a otros proveedores de servicios, según sea apropiado, que puedan cubrir mis necesidades o las de mi hijo.

Proveedores de Servicios

Entiendo que los proveedores proceden de distintos contextos educativos y profesionales y tienen una variedad de niveles de experiencia y licencias, y que los proveedores solo proporcionan servicios permitidos por la ley para la educación, experiencia, profesión y licencia de cada uno.

Entiendo que _____(Condado) puede utilizar a algunos profesionales sin licencia que están en el proceso de completar sus requisitos para licencia clínica, pero que están autorizados por ley a proporcionar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. Entiendo que yo o mi hijo podemos recibir servicios de algunas de estas personas, que se identificarán a sí mismas con claridad, así como a su proveedor/profesional clínico que los supervise. Entiendo que puedo llamar al profesional clínico con licencia supervisor si tengo alguna pregunta sobre esta solución.

Disponibilidad de Proveedores y Crisis/Emergencias

Entiendo que los proveedores están por lo general disponibles durante el horario laboral regular del condado, que es _____, salvo durante los festivos del condado. Entiendo que algunos programas tienen horarios de disponibilidad distintos.

Para asuntos no urgentes fuera de horario, entiendo que yo o mi hijo podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor (si tiene uno disponible) o en el servicio telefónico fuera de horario de _____(Condado). Para situaciones urgentes o de crisis, yo o mi hijo podemos contactar a la Línea de Crisis de _____(Condado) en el: _____.

Para emergencias, entiendo que yo o mi familia debemos llamar al 911.

Cambio de Profesional Clínico/Proveedor

Entiendo que puedo solicitar un cambio de proveedor de salud mental en cualquier momento completando un formulario de Cambio de Proveedor, que está disponible en todas las clínicas. Entiendo que solicitar un cambio de proveedor no es garantía de cambio, y puede haber cuestiones significativas administrativas o de tratamiento que pueden hacer que el cambio no sea posible. Entiendo que un supervisor o gerente me proporcionará el/los motivo(s) por los cuales no es posible el cambio.

Gastos y Facturación a Medi-Cal, Medicare, y/o Seguro

Entiendo que _____ (Condado) me pedirá que proporcione mi información financiera anualmente, y que esta información se utilizará para calcular los gastos por servicio que es posible que yo sea responsable de pagar. Para servicios de tratamiento por consumo de sustancias para beneficiarios de Drug Medi-Cal, se aceptará financiación de Drug Medi-Cal como pago en su totalidad.

Entiendo que _____ (Condado) facturará a cualquier seguro privado antes de facturar a Medicare y/o Medi-Cal. Entiendo que puedo consultar a mi seguro privado, trabajador social de Medicare, y/o trabajador de elegibilidad de Medi-Cal si tengo alguna pregunta sobre mi cobertura, deducibles y copagos, o los de mi hijo.

Documentos Adicionales para Clientes de Medi-Cal

Entiendo que el manual de Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal y/o el Manual del Condado para Beneficiarios de Servicios de Trastornos por Consumo de Sustancias contiene detalles sobre beneficios de salud del comportamiento para beneficiarios de Medi-Cal.

Quejas y Agravios

Entiendo que puedo presentar una queja o agravio si estoy insatisfecho con los servicios que yo o mi hijo recibamos de _____ (Condado) y sus proveedores contratados. Entiendo que ni yo ni mi hijo sufriremos ninguna penalización por presentar una queja, agravio o apelación. Se me ha ofrecido una copia del documento de Resolución de Problemas, que explica cómo puedo presentar una queja, agravio o apelación.

Quejas a la Junta de Certificaciones

Entiendo que la Junta de California de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a quejas sobre servicios proporcionados dentro del ámbito de la práctica de los consejeros clínicos profesionales, terapeutas de matrimonio y familia, psicólogos educacionales con licencia, y trabajadores sociales clínicos. Entiendo que puedo contactar a la junta en línea en la página www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830.

Consentimiento Informado

Mediante mi firma, reconozco que entiendo la información contenida en este documento y acepto recibir, o que mi hijo reciba, servicios de salud del comportamiento conforme a los términos descritos más arriba.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre con Letra de Imprenta: _____

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 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.

¿Cuándo 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 COUNTY BEHAVIORAL HEALTH

Lisa D. Lewis, PhD
Behavioral Health Director

Health Information Exchange Participation

Kings County Behavioral Health, and its contracted providers participate in health information exchanges (HIEs), including an HIE operated by the California Mental Health Services Authority (CalMHSA). Through HIEs, your health information may be shared with hospitals, behavioral health providers, county health programs, physicians, social workers, and other HIE participants who may provide health or behavioral health services to you. Some types of your health information, such as certain substance use disorder records, will not be shared with HIE participants unless you authorize such disclosures; other types of health information may be shared without your authorization. If you do not want us to share your health information with HIE participants via the CalMHSA HIE, you may “opt-out” of the HIE by contacting CalMHSA at OptOut@calmhsa.org. Opting out will prevent future sharing of your health information via the CalMHSA HIE, but HIE participants may still be able to access information about you from other sources.

Participación en el Intercambio de Información de Salud

Kings County Behavioral Health y sus proveedores de servicios participan en intercambios de información de salud (HIEs por sus siglas en Ingles). Esto incluye un HIE operado por la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California (CalMHSA). A través de los HIEs, su información de salud puede ser compartida con hospitales, proveedores de salud conductual, programas de salud del condado, médicos, trabajadores sociales y otros participantes del HIE que puedan proporcionar servicios de salud o salud conductual. Algunos tipos de su información de salud, como ciertos registros de trastornos por uso de sustancias, no serán compartidos con los participantes del HIE a menos que usted lo autorice; otros tipos de información de salud pueden ser compartidos sin su autorización. Si no desea que compartamos su información de salud con los participantes del HIE a través del HIE de CalMHSA, puede "optar por no participar" en el HIE comunicandose a CalMHSA en OptOut@calmhsa.org. Optar por no participar evitará en un futuro el intercambio de su información de salud a través del HIE de CalMHSA, sin embargo los participantes del HIE aún podrán acceder a su información por otras fuentes.



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 restricción física, aislamiento, medicamento, o abuso y descuido
- A recibir información sobre su tratamiento 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 llamadas 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 oportunidades 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 بريـل 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 գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանգահարեք 559-852-2444 (TTY: 7-1-1): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរតូច ក៏អាចទទួលបានផងដែរ។ 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 वाल लोगो कलिए सहायता और सेवाए, जैसे ब्रेल और बड़ प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 559-852-2444 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें। ये सेवाएनि: 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.

ແທກໂລາສາວາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖາທນອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ທ່ານໂຮງ 559-852-2444 (TTY: 7-1-1). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍາລຸງການສຸຂະພິນກາຍ ແລະ ດ້ານອື່ນໆ ທີ່ບໍ່ມີຄ່າໃຫ້ທ່ານຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການ. ການບໍາລຸງການສຸຂະພິນກາຍ ທີ່ບໍ່ມີຄ່າໃຫ້ທ່ານຖ້າທ່ານມີຄວາມຕ້ອງການໃຊ້ໃນໂຮງ.

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 ਟਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 559-852-2444 (линия ТТУ: 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 ТТУ: 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: หากคุณต

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

ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์

ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ 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>

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				



28 of 42
KINGS VIEW

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



KINGS COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH

30 of 42

Lisa D. Lewis, PhD
Behavioral Health Director

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 _____



KINGS COUNTY
BEHAVIORAL HEALTH

Lisa D. Lewis, PhD
Behavioral Health Director

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

AUTORIZACION PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

1. INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre	Inicial Del Segundo Nombre	Apellido	Fecha De Nacimiento	Expediente Medico #

2. INFORMACION DE ORIGEN / DESTINO

Autorizo a Kings View a:

- Divulgar e Intercambiar mi información medica protegida con:
 Solicitud de e Intercambiar mi información medica protegida con:
 Usar mi información medica protegida:

Nombre y Titulo de Trabajo		Nombre De La Agencia / Entidad		
Dirección / Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono (opcional)
Nombre y Titulo de Trabajo		Nombre De La Agencia / Entidad		
Dirección / Apartado Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono (opcional)

3. INFORMACION QUE DEBE SER DIVULGADA / SOLICITADA / UTILIZADA

 Marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/> Salud Mental / Servicios de Recuperación Iniciales Del Cliente _____	
<input type="checkbox"/> Toda mi información / registros de programa (justificar) _____ <input type="checkbox"/> Información De Las Citas <input type="checkbox"/> Asistencia / Cumplimiento / Estado Del Programa <input type="checkbox"/> Finanzas / Facturas <input type="checkbox"/> Detección / Evaluación / Diagnósticos <input type="checkbox"/> Medico: Ordenes / Notas De Progreso / Medicamentos / Informes De Laboratorios / Examen Físico <input type="checkbox"/> Referencias / Vinculación / Coordinación de la atención	<input type="checkbox"/> Plan De Tratamiento / Notas De Progreso Del Equipo De Tratamiento <input type="checkbox"/> Resumen De Transferencia / Alta <input type="checkbox"/> Registros Escolares <input type="checkbox"/> Libertad Condicional / Tribunal / Informes DSS <input type="checkbox"/> Registros De Hospitalización <input type="checkbox"/> Información Personal / Foto <input type="checkbox"/> Otro _____
Periodo De Tiempo: <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Ultimo 12 meses Fechas: De: _____ Para: _____	
NOTA: Los registros pueden incluir información sobre trastornos por uso de sustancias y resultados de pruebas de VIH. Estos registros NO se divulgarán a menos que se solicite específicamente a continuación.	
<input type="checkbox"/> Trastorno Por Consumo De Sustancias Iniciales Del Cliente _____	<input type="checkbox"/> Resultados De La Prueba VIH Iniciales Del Cliente _____

4. PROPOSITO
 Solicitud Del Cliente / Representante Legal Tratamiento Otro _____

5. ENTREGA DE LA SOLICITUD INFORMACION
 Recoger Correo Fax Verbal Email Seguro Electrónico/CD/USB Otro _____

6. EXPIRACION

Si no se revoca antes, esta autorización caduca un (1) año después de la fecha de la firma U otra fecha/evento (Especifique) _____

7. CONSEJOS

- Puedo inspeccionar y/u obtener una copia de la información que se divulga o utiliza.
- Mi firma de este formulario es voluntaria – mi negativa a firmarlo no afectara los servicios que recibo de Kings View.
- Una fotocopia de este formulario es tan valida como el original.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.
- Entiendo que el mínimo necesario se divulgara o utilizara para mi información de SUD.
- Puedo revocar esta autorización pro cualquier motivo y en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito, notificando a Registros Médicos en el programa Kings View que procesa esta autorización. Mi revocación entra en vigor a partir de la recepción por parte de Kings View, excepto en la medida en que otros ya hayan actuado en virtud de esta autorización.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y ya no está protegida por la ley federal o estatal.

8. FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTATE

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado y entiendo y acepto completamente este formulario de la autorización.

➤ Firma Del Cliente o Representante Legal	Fecha (mm-dd-aaaa)
Nombre En Letra De Imprenta Si Es Representante Legal	Relación Con El Cliente

9. FORMULARIO CUMPLIMENTADO POR

Nombre: _____

10. REVOCACION

➤ Firma Del Cliente/Representante Legal Revocando Esta Autorización	Fecha de Efectivó (mm-dd-aaaa)
Firma Del Empleado Revocando La Autorización A Petición Del Cliente	Fecha De Solicitud (mm-dd-aaaa)



Kings County Behavioral Health

Mental Health Provider Directory

July 2024

As a Kings County Medi-Cal beneficiary, if you think you or a family member needs Mental Health services, call the Access Line at 1-800-655-2553 (toll-free). Note that all the below Providers can accommodate persons with physical disabilities and serve Kings County Medi-Cal beneficiaries. Services may be delivered by an individual provider, or a team of providers, who is working under the direction of licensed practitioners operating within their scope of practice. Only licensed, waived, or registered mental health providers are listed on the Plan's Provider Directory.

If you require this document in an alternate format (example: Braille, Large Print, Audiotape, CD-ROM), you may request an alternate format, at no cost to the beneficiary, by calling the Access Line at 1-800-655-2553 (toll-free).

Provider Site	Service Type	Populations Served	Cultural Capacity	Non-English Language(s)	Hours of Operations	Disability Access
Kings View Counseling Services 1393 Bailey Dr Hanford, California 93230 http://www.kingsview.org (559-582-4481)	Outpatient Psychiatry, Therapy, and Rehabilitation Services in Individual, Family, and Group Modes	Adults	Multicultural Staff	Spanish	Mon-Fri 8 a.m. to 5 p.m.	Yes
Is provider accepting new clients: Yes						

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Ahmed	Zaheer	Psychiatrist	C 127721	1134330368	No	English	Psychiatry
Aldave	Briana	Licensed Professional Clinical Counselor	LPCC 15098	1174292270	Yes	English, Spanish	Quality Assurance
Areias	Cassondra	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 106721	1841683729	Yes	English	Clinical Supervisor-Adult Services
Baker	Kimberly	Associate Clinical Social Worker	ASW 105792	1124788377	Yes	English	Clinician- Access & Crisis
Cardenas	Maria Veronica	Associate Marriage and Family Therapist	LMFT 145846	1922337658	Yes	English, Spanish	Clinician- Adult
Carrico	Tracy	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 42980	1760608889	Yes	English	Clinician- After Hours Crisis
Contreras	Analieze	Associate Clinical Social Worker	ASW 118661	1326757501	Yes	English, Spanish	Clinician- Crisis

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Gacad	Leslie	Nurse Practitioner	95023818	1487350682	Yes	English	Psychiatry
Garivay	Denivie	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 133462	1962075861	Yes	English	Clinician- Adult
Gascon	Natalia	Associate Clinical Social Worker	ASW 109358	1801518089	Yes	English	Clinician- Adult
Gonzalez	Sandra	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 104755	1962829879	Yes	English, Spanish	Clinician Supervisor- Adult Services
Grant-Miller	Sheila	Associate Clinical Social Worker	ASW 115649	1992244743	Yes	English	Clinician- Crisis Per Diem
Hall	Stefani	Licensed Psychiatric Technician	LPT 34655	1548751753	Yes	English	Nursing Services – Case Manager
Hipp-Renteria	Amanda	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 130916	1093279549	Yes	English	Clinician- Per Diem Crisis

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Krumdick	Kameron	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 145402	1730878570	No	English	Clinician -Adult
Langley	Michael	Associate Professional Clinical Counselor	APCC 13990	1487346433	No	English	Clinician- Crisis
Licon	Anna	Licensed Psychiatric Technician	LPT 36367	1811244528	Yes	English, Spanish	Supervisor- Nursing
Lynn	Nora	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 49807	1265616320	Yes	English	Assistant Regional Director
Mejia	Natalie	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 125890	1326506965	Yes	English, Spanish	Clinician- Adult
Miller	Janice	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 125158	1699299891	Yes	English, Spanish	Clinician- Adult
Munguia	Isabel	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 125602	1972047439	Yes	English, Spanish	Clinician- Adult

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Onsurez	Susan	Associate Professional Clinical Counselor	APCC 13096	1730863341	Yes	English	Clinician-Adult
Orosco-Avalos	Ivett	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 138522	1568014074	Yes	English, Spanish	Intake Clinician-Access
Randell	Jessica	Doctor of Osteopathy	20A15435	1285020594	No	English	Psychiatry
Raya	Ramiro	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 11215	1912039959	Yes	English, Spanish	Clinician – Juvenile Probation
Reis	Selena	Licensed Psychiatric Technician	LPT 33084	1962128637	Yes	English	Nursing Services
Rogers	Lisa	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 99767	1467794206	Yes	English	Regional Director
Rolfsema	David	Licensed Clinical Social Worker	LCSW 16614	1013136175	Yes	English	Clinician Access & Crisis - Per Diem

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Schenley	Agnes	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 41233	1760513766	Yes	English	Clinician- After Hours Crisis
Shahbazian	Randy	Psychiatrist	A 85058	1629253836	No	English	Psychiatry
Smith	Anisha	Doctor of Osteopathy	20A9398	1245351568	Yes	English	Psychiatry
Smith	Marie Janelle	Licensed Psychiatric Technician	LPT 37637	1619593498	Yes	English, Spanish	Nursing Services
Taylor	Thomas	Licensed Clinical Social Worker	LCSW 17355	1891910527	Yes	English	Clinician- Adult
Truta	Mircea	Psychiatrist	A75064	1033230537	No	English	Psychiatry
Valero	Marissa	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 106108	1194069799	Yes	English, Spanish	Clinician- Per Diem Crisis

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Vazquez	Bethany	Associate Clinical Social Worker	ASW 113374	1285393199	Yes	English	Clinician - Crisis
Vidad	Noelika	Licensed Psychiatric Technician	LPT 40813	1821847369	Yes	English	Nursing Services
Wallace	Lilly	Associate Clinical Social Worker	ASW 279278	1164201711	Yes	English	Clinician- Access
Zepeda	Lisa	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 92541	1104121854	Yes	English	Program Manager-Adult Services

AVISO A LOS PACIENTES

DATOS DE PAGOS ABIERTOS BASE DE DATOS DE PAGOS ABIERTA

A título meramente informativo, Un enlace a la Comisión Federal Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) La página web de pagos abiertos se proporciona aquí. La Ley Federal de Pagos a Médicos Sunshine Act de Pagos a Médicos requiere que la información detallada sobre el pago y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) desde fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos hasta médicos e híbridos hospital universitario se ponga a disposición del público.

La base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Reconozco que he recibido una notificación por escrito de la Base de Datos de Pagos Abiertas.

Firma del consumidor

Fecha

Número de registros medicos: _____



Kings View will not discriminate in the provision of health care services to an individual:

- Because the individual is unable to pay for the health care services;
- Because payment for those services would be made under Medicare, Medicaid, or the Children's Health Insurance Program (CHIP); or
- Based upon the individual's race, color, sex, age, national origin, disability, religion, gender identity or sexual orientation.

Notice to patients

This practice serves all patients regardless of ability to pay. Discounts/sliding fee schedule for essential services are offered based on family size and income. For more information, ask at the front desk or visit our website. Thank you.

Aviso Para Pacientes

Este establecimiento de salud atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se ofrecen descuentos/escala móvil de honorarios para servicios esenciales según el tamaño de la familia y los ingresos. Para obtener más información, pregunte en la recepción o visite nuestro sitio web. Gracias.