



MENSAJE PARA LOS CONSUMIDORES:

Tenga en cuenta que este paquete está destinado a guiarle durante su evaluación y entrevista telefónica con el personal de Kings View.

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

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

Tenga en cuenta que los días y horarios para las evaluaciones son:

LUNES	8:00 AM – 2:00 PM
MARTES	8:00 AM – 2:00 PM
MIÉRCOLES	8:00 AM – 2:00 PM
JUEVES	8:00 AM – 2:00 PM
VIERNES	8:00 AM – 2:00 PM

Para ver una versión en línea del Paquete para el Consumidor, visite nuestro sitio web en: <https://www.kingsview.org/services/mental-health/>

2 of 47
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.
		¿Usted ya tiene una directriz anticipada de atención médica o un poder notarial permanente para atención médica? <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> No Si </div>
		¿Si así lo es, puede proveer una copia de para nuestros registros médicos? <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> Si No </div>

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: (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: <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:
	Apellido:	Primero:	Medio:
	Apellido:	Primero:	Medio:
	Apellido:	Primero:	Medio:

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

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

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

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

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

Nombre del cliente: _____

Número de cliente: _____

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	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 nino o joven)

NOMBRE:	APELLIDO	NOMBRE DE PILA	No. de ARCHIVO

ANTECEDENTES DE DROGA Y ALERGIA

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU
LA INFORMACIÓN DE SALUD CONDUCTUAL
PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor lea cuidadosamente.

❖ Nuestro Compromiso y Responsabilidades

Kings View entiende que su información de salud conductual y su archivo son personales y privados. Estamos fuertemente comprometidos a proteger su información confidencial como es requerido por ley. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en esta agencia para proveerle con cuidado de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso aplica a todos los archivos de su cuidado generado por esta agencia Y aplica a cualquier archivo que recibimos de sus otros proveedores.

Estamos obligados por ley a:

- Mantener sus registros médicos y información de salud conductual - también conocida como *información de salud protegida-privada y segura*.
- Dejarle saber de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su *información de salud protegida-privada y segura*.
- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y practicas de privacidad con respecto a la información de salud conductual mantenida sobre usted.
- Para seguir los términos del aviso actualmente vigente y darle una copia.
- No usar ni compartir su información de otra manera que no sea descrita aquí a menos que nos diga por escrito que podemos.

❖ Términos Utilizados En Este Aviso

- **Los servicios de salud conductual** son tratamiento, administración de casos, apoyos comunitarios y otros servicios relacionados que abordan las condiciones de salud mental y uso de sustancias.
- **Información de salud protegida** es información de salud identificable individualmente, en cualquier forma) papel, electrónica y verbal), recopilada, creada o recibida por un programa de tratamiento de salud conductual de Kings View.
- **Uso** significa compartir y usar información medica protegida relacionada con el trabajo por parte del personal del programa Kings View.
- **Divulgación** es cuando Kings View divulga su información medica protegida a otras personas fuera del programa que le sirve.
- **Autorización** es el permiso por escrito de un cliente para divulgar su información medica protegida a otras personas o agencias cuando la autorización para divulgar la información es legalmente requerida. Los formularios de autorización deben tener todos los elementos requeridos por HIPAA para ser válidos.

❖ Incluido En Este Aviso

- Sección 1. Como Kings View puede usar y divulgar su información de salud conductual.
- Sección 2. Como Kings View puede usar y divulgar sus registros de trastornos por uso de sustancias.
- Sección 3. Sus derechos legales de privacidad con respecto al acceso y control de sus registros de salud conductual.

- Sección 4. Como obtener mas información sobre nuestras practicas de privacidad o presentar una queja si cree que Kings View ha violado sus derechos de privacidad.

❖ **Cambios a Este Aviso**

Reservamos el derecho de cambiar este aviso y nuestras practicas de privacidad en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a cualquier información medica protegida que ya tengamos e información que recibamos en el futuro. Cada vez que se registre para nuevos servicios, se le ofrecerá una copia del aviso actual. El aviso actual se publica en todas nuestras instalaciones disponibles a pedido, y en nuestro sitio web www.kingsview.org.

Sección 1: Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información y Registros de Salud Mental

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar su tratamiento de salud mental, administración de casos e información de apoyo comunitario. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicamos lo que queremos decir y damos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información médica protegida caen dentro de una de las siguientes categorías. Le ofreceremos ejemplos de cada una de las categorías para ayudar a explicar el propósito de la revelación, pero no se enumerarán todos los usos o revelaciones dentro de esa categoría. Sin embargo, todas las vías que nos están permitidas para usar y revelar su información serán incluidas dentro de una de esas categorías.

1. **A Petición Suya.** Podemos divulgar su información a cualquier persona que elija cuando usted o su representante legal lo solicite con su autorización ro escrito si es necesario.
2. **Para Tratamiento.** Utilizamos su información medica protegida para proporcionar su tratamiento y servicios relacionados, incluida la coordinación y el manejo de su cuidado. Por ejemplo, es posible que necesitemos divulgar información a un administrador de casos que sea responsable de coordinar su caso. También podemos divulgar su información de salud entre nuestros médicos y otro personal (incluidos los médicos que no sean su terapeuta o medico principal) que participan en su cuidado. Esto incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas matrimoniales y familiares, administradores de casos, técnicos psiquiátricos y enfermeras. Por ejemplo, nuestro personal puede hablar sobre su caso en una conferencia de casos. También podemos divulgar información sobre usted a personas ajenas a nuestra agencia que están o pueden estar involucrados en su atención médica, como médicos, enfermeras, técnicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud conductual. Por ejempló, podemos compartir información con su médico de atención primaria con respecto a los medicamentos que puede estar tomando o para coordinar su caso. Cuando deje nuestro cuidado, también podemos divulgar información a su nuevo proveedor. O podemos compartir información limitada con el personal de respuesta a emergencias si no puede hablar por sí mismo.
3. **Recordatorios De Citas.** Podríamos usar su información médica protegida para recordarle de una cita con su acuerdo utilizando la información de contacto que proporcione. Nos puede pedir que no le recordemos de sus citas.
4. **Para Pagos.** Usaremos y divulgaremos su información medica protegida para facturar el tratamiento y los servicios que reciba aquí y para cobrarle el pago a usted, una compañía de seguros, Medi-Cal u otro plan. Por ejemplo, es posible que necesitemos darle a su plan de salud información sobre el tratamiento o el asesoramiento que recibió aquí para que nos paguen o le reembolsen los servicios. También podemos informarles sobre el tratamiento o los servicios que planeamos proporcionar para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.
5. **Para Operaciones De Atención Medica.** Usaremos y divulgaremos información d=medica sobre usted para nuestras propias operaciones. Estos usos y divulgaciones son necesarios para dirigir la agencia y para asegurarnos de que todos

nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar información de salud para revisar nuestro tratamiento y servicios y evaluar el desempeño del personal en el cuidado de usted. También podemos combinar información sobre muchos clientes para ayudar a decidir que servicios adicionales debemos ofrecer, que servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a profesionales de la salud conductual, médicos, enfermeras, técnicos, pasantes, estudiantes de atención medica y otro personal de la agencia para fines de revisión o aprendizaje. Podemos combinar la información que tenemos con información de otras agencias para comparar como nos esta yendo y donde podemos mejorar en la atención y los servicios que ofrecemos.

6. **Según Lo Exija La Ley.** Divulgaremos información medica sobre usted cuando así lo exijan la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, si hay sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes, estamos obligados por ley a denunciarlo. Haremos todo esfuerzo razonable para notificarle con anticipación. O su información medica protegida puede necesitar ser revelada al Departamento de Salud y Servicios Humanos, quien puede investigar para asegurarse de que sus derechos de privacidad no hayan sido violados.
7. **Emergencia Médica.** Podemos divulgar su información medica protegida al personal medico de emergencia en la escena de una emergencia, en un vehículo de transporte medico de emergencia u otra persona profesional o personal medico de emergencia en una sala de emergencias.
8. **Actividades De Salud Pública.** Podemos divulgar su información medica protegida para actividades de salud publica que generalmente incluyen, entre otras:
 - Prevenir o controlar enfermedades (como cáncer y tuberculosis), lesiones o discapacidades.
 - Reportar eventos vitales como nacimientos y muertes.
 - Reportar en abuso o negligencia infantil.
 - Reportar eventos adversos o vigilancia relacionada con alimentos, medicamentos o defectos o problemas con los productos.
 - Notificar a las personas sobre retiros, reparaciones o reemplazos de productos que puedan estar utilizando.
 - Notificar a una persona que puede haber estado esposado a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
9. **Estudio.** Podemos usar y divulgar su información medica protegida si es aprobada por una Junta de Revisión Institucional (IRB). Un IRB es un comité responsable, bajo la ley federal, de revisar y aprobar la investigación de sujetos humanos para proteger la seguridad de los participantes y la confidencialidad de su información.
10. **Demandas y Otros Procedimientos Legales.** Si esta involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud in respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro procedimiento legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud (que incluye un aviso por escrito para usted) o para obtener una orden que proteja la información de salud solicitada. Podemos divulgar su información a tribunales, abogados y empleados de la corte en el curso de la tutela, ordenes judiciales y ciertos otros procedimientos judiciales o administrativos.
11. **Aplicación De La Ley.** Podemos divulgar su información médica protegida si así lo solicita un funcionario encargado de cumplir con la ley:
 - En respuesta a una orden judicial.
 - Para denunciar conductas criminales en nuestras instalaciones o amenazas de dicha conducta contra nuestro personal o instalaciones.
 - Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material, ciertas fugas y personas desaparecidas.
 - Para la protección de los funcionarios constitucionales electivos federales y estatales y sus familias.
 - Cuando se solicita en el momento de la hospitalización involuntaria de un cliente.

- 12. Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores De Funerarias.** Podemos ser requeridos por ley de reportar la muerte de un cliente a un médico forense, examinador médico o director de funeraria para permitir la identificación de un cuerpo, determinar la causa de la muerte o para otras tareas oficiales.
- 13. Compensación De Trabajadores.** Podemos usar y divulgar su información medica protegida para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- 14. Programas Gubernamental Para Beneficencia Pública.** Podemos usar o divulgar su información medica protegida para ayudarle a calificar para programas de beneficios del gobierno como Medicare, Medi-Cal, Ingreso Suplementario u otros beneficios o servicios.
- 15. Internos.** Si usted es un interno o pupilo en una institución correccional o bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar información sobre usted a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley si es necesario para brindarle atención médica, para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otro, o para la seguridad de la institución correccional.
- 16. Departamento De Justicia.** Podemos divulgar información limitada al Departamento de Justicia de California para fines de movimiento e identificación sobre ciertos clientes criminales, o con respecto a personas que no pueden comprar, poseer o controlar un arma de fuego o un arma mortal.
- 17. Equipo De Multidisciplinarios.** Podemos divulgar información a un equipo de multidisciplinarios relevante para la prevención, identificación, manejo o tratamiento de un niño maltratado o un anciano o adulto dependiente maltratado.
- 18. Notificación De Incumplimiento.** Usaremos y divulgaremos su información medica protegida para informarle que ha habido acceso ilegal o no autorizado a su información, como cuando alguien no autorizado para ver sus registros los mira o su información se puede accidentalmente o es robada. También estamos obligados a reportar infracciones a las autoridades estatales y federales y es posible que necesitemos divulgar su información médica protegida para hacerlo. Si esto sucede, le notificaremos por escrito.
- 19. Amenaza Grave Para La Salud O Seguridad.** Podemos usar y divulgar información medica sobre usted cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a su salud y seguridad o la salud y seguridad del publico u otra persona. Cualquier divulgación seria a alguien capaz de ayudar a detener o reducir la amenaza.
- 20. Comités De Reglas Del Senado Y De La Asamblea.** Podemos divulgar su información medica protegida al Comité de Reglas del Senado a de la Asamblea con el propósito de investigaciones legislativas.
- 21. Actividades De Supervisión De La Salud.** Podemos divulgar información medica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, autoridades, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- 22. Seguridad Militar Y Nacional.** Podemos usar o divulgar información médica protegida del personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares correspondientes cuando lo consideren necesario para llevar a cabo adecuadamente las misiones militares. También podemos divulgar su registro a funcionarios federales autorizados según sea necesario para actividades de seguridad nacional e inteligencia o para la protección del presidente u otro funcionario y dignitarios del gobierno.

- 23. Mercadeo Y Recaudación De Fondos.** Kings View nunca divulgara su información medica protegida para mercadear, recaudación de fondos o venta de su información personal.
- 24. Categorías Especiales.** Se pueden aplicar requisitos legales especiales al uso o divulgación de ciertas categorías de información, como pruebas para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o tratamiento y servicios para trastornos por uso de sustancias (consulte la Sección 2: Como podemos usar y divulgar su información sobre el trastorno por uso de sustancias).
- 25. Otros Usos Y Divulgaciones Que Requieren Su Autorización.** Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizan únicamente con su autorización. Puede revocar una autorización en cualquier momento sin explicación notificando al departamento de registros médicos del programa. Detenemos el procesamiento de la autorización en la mayor medida posible inmediatamente después de recibir una revocación. Sin embargo, no podemos retirar ninguna divulgación ya realizada con su permiso.

Sección 2: Como Podemos Usar Y Divulgar Su Información De Registros De Trastornos Por Uso De Sustancias

La información y los registros mantenidos por los programas especializados de trastornos por uso de sustancias (SUD) de Kings View tienen protecciones adicionales y mas estrictas bajo la ley federal confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas. La información sobre el trastorno por uso de sustancias obtenida durante el tratamiento medico general/o de salud mental no esta sujeta a estas disposiciones. Ejemplos de los programas SUD de Kings View son:

- Servicios De Tratamiento Asistido Por Medicamentos (Suboxone y Methadone)
- Servicios Ambulatorios De Consejería De SUD
- Orden Tribunal Para Servicios De Consejería de SUD

Generalmente, los programas SUD no pueden decirle a ninguna persona fuera del programa que usted asiste al programa ni divulgar ninguna información que lo identifique como que tiene un problema de alcohol o drogas. Todas las divulgaciones de su información y registros de SUD requieren su autorización valida por escrito - con las siguientes **EXCEPCIONES** limitadas.

- 1. Divulgaciones Con Autorización Del Cliente.** Podemos divulgar su información de SUD cuando usted lo solicite. Por ejemplo, puede autorizarnos a divulgar su información protegida a la corte, libertad condicional, DMV, su abogado, familia y otros. Tenemos el derecho de monitorear y aprobar dichas solicitudes.
- 2. Comunicaciones Internas Del Programa.** Solo el personal del programa SUD directamente involucrado en proporcionar o facilitar su tratamiento puede usar y compartir su información protegida de SUD. El personal que no necesita su información para realizar su trabajo no tiene acceso a ella. Su información también puede divulgarse a los servicios administrativos de Kings View que operan el programa SUD, como las funciones financieras, de mejora de la calidad y de cumplimiento.
- 3. Emergencias Médicas.** Su información protegida puede ser divulgada al personal medico que le necesita para tratar una condición que representa un peligro medico inmediato para su salud y requiere intervención medica inmediata. Se divulga información limitada, pero solo si usted es incapaz de proporcionar su consentimiento informado. Su información protegida por SUD no se puede compartir con la policía o el personal no médico, incluidos los miembros de

la familia que puedan estar en la escena. Si desea que el programa SUD notifique a la familia en caso de que ocurra una emergencia médica en el programa, debe completar un formulario de autorización por adelantado autorizando al programa que notifique a las personas nombradas.

- 4. Divulgaciones Por Orden De La Corte.** Divulgaremos su información SUD protegida a la corte si se nos entrega un tribunal firmado por un juez que solicita testimonio y/o registros. Una citación, orden de registro u orden de arresto, incluso cuando está firmada por un juez por sí sola, no es suficiente para permitirnos hacer una divulgación. La orden judicial debe cumplir con los requisitos de 45 CFR Parte 2.
- 5. Delitos En Instalaciones Del Programa O Contra El Personal Del Programa.** Cuando un cliente ha cometido o amenazado con cometer un delito en las instalaciones del programa SUD, se nos permite denunciar el delito a una agencia de la ley o buscar su ayuda (llamar al 911). Información sobre las circunstancias del incidente incluyendo el nombre, dirección, último paradero conocido del sospechoso y estado como cliente en el programa SUD. Podemos reportar a un cliente sospechoso a la policía si hay motivos razonables para creer que la persona que está siendo reportada cometió el delito. Si posteriormente se pide a un funcionario que testifique en un proceso penal posterior contra el cliente, el tribunal debe dictar la orden adecuada que obligue a prestar testimonio como se describe en (4) arriba.
- 6. Sospecha De Abuso/Negligencia De Niños, Ancianos Y Adultos Dependientes.** Reportaremos sospechas de abuso o negligencia infantil a las autoridades locales apropiadas según lo exija la ley estatal. Sin embargo, después de que se realiza el informe inicial y la confirmación por escrito de ese informe inicial, no se divulgará ninguna otra información del cliente, incluso si se cita. El abuso de sustancias por sí mismo no es una condición que reportamos como abuso o negligencia infantil. Informamos solo si hay alguna razón para sospechar un daño real o inminente al niño. La ley requiere un equilibrio entre la confidencialidad del cliente y la protección infantil. Le informaremos con anticipación si hacemos un informe de abuso infantil.

Bajo la ley estatal, también somos reporteros obligatorios de negligencia y abuso de adultos mayores y dependientes. Sin embargo, la ley federal no permite que los programas SUD hagan estos informes sin la autorización del cliente. Si se sospecha de abuso de adultos mayores o dependientes, primero solicitaremos su autorización para hacer el informe a las autoridades correspondientes. Si no podemos obtener su autorización, haremos el informe obligatorio sin revelar que usted es un cliente del programa SUD o tiene un problema de trastorno por uso de sustancias.

- 7. Auditorias Y Evaluaciones Del Programa.** Podemos divulgar su información de SUD a agencias gubernamentales que financian o regulan el programa SUD cuando realizan auditorias. También podemos divulgar su información a organizaciones de revisión por pares que revisan la utilización o el control de calidad. La agencia que realiza la auditoria o evaluación debe acordar por escrito que no volverá a divulgar información protegida excepto (1) de vuelta al programa SUD o (2) de conformidad con una orden judicial para investigar o enjuiciar el programa SUD (no un cliente), o (3) a una agencia gubernamental que supervisé una auditoria o evaluación de Medicare o Medi-Cal.
- 8. Organización De Servicios Calificados.** Podemos divulgar su información de SUD a individuos o agencias con las que contratamos para que nos ayuden en la administración del programa SUD. Estos contratistas se denominan Organizaciones de Servicios Calificados e incluyen procesamiento de datos, mantenimiento de registros electrónicos de salud y análisis de laboratorio, así como servicios legales, contables y otros servicios profesionales. Para que podamos revelarles información protegida de SUD, obtenemos un acuerdo por escrito que requiere su pleno cumplimiento con la ley federal Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Drogas y Alcohol del Paciente (42 C.F.R. Parte 2).
- 9. Investigación Legítima.** Podemos divulgar su información de SUD para realizar investigaciones científicas si el Director de Cumplimiento y Privacidad de Kings View determina que el investigador está calificado para realizar la investigación.

10. Además, el investigador debe producir un protocolo que muestre numerosas salvaguardas para mantener la confidencialidad de la información del cliente y un protocolo que muestre que los derechos y el bienestar de los clientes están adecuadamente protegidos. Y debe demostrarse que los beneficios de la investigación superan los riesgos para la privacidad del cliente. Si decidimos participar en un proyecto de investigación, se lo notificaremos con anticipación y le daremos la opción de optar por no participar.

Sección 3: Sus Derechos De Privacidad

Aquí se enumeran sus derechos legales con respecto a su información y registros de trastornos de salud conductual y uso de sustancias.

1. **Inspeccione Y Copie Sus Registros Médicos.** Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos como hacerlo. Le proporcionaremos una copia de sus registros dentro de los 15 días posteriores a su solicitud por escrito y podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
2. **Corrija Sus Registros Médicos.** Puede solicitarnos que corrijamos la información que considere incorrecta o incompleta. Preguntemos como hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos porque por escrito dentro de los 60 días.
3. **Comunicaciones Confidenciales.** Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica: llamarlo a su oficina o solo a su teléfono móvil o enviarle correo a una dirección que no sea donde vive. Decimos “sí” a todas las solicitudes razonables.
4. **Límite De El Uso Y La Divulgación.** Puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos cierta información medica para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a estar de acuerdo y podemos decir “no” si eso afectaría la calidad de su atención. Si paga un servicio de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el fin de pagar con su aseguradora de salud. Diremos “sí” a sus solicitudes a menos que una ley nos exija divulgar esa información.
5. **Contabilidad de Revelaciones.** Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que divulgamos su información medica protegida durante los seis años anteriores a partir de la fecha en que lo solicito, a quien se la divulgamos y el porqué.
6. **Copia Del Aviso De Practicas De Privacidad.** Puede pedirle a su proveedor de servicios una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si acepto recibirlo electrónicamente. También puede recibir el aviso del sitio web de Kings View: www.kingsview.org
7. **Representante Legal.** Si usted le ha otorgado a alguien poder legal medico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer todos sus derechos de privacidad en su nombre y tomar decisiones sobre su información médica protegida.

Sección 4: Preguntas Y Quejas De Privacidad

Por favor póngase en contacto con Kings View si desea obtener más información o si tiene inquietudes sobre nuestras prácticas de privacidad.

- Para más información o para presentar una queja de privacidad ante Kings View, póngase en contacto con:

Kings View
Atención: Chief Compliance and Privacy Officer
1396 W. Herndon Avenue
Fresno, CA 93711
Phone: (559) 256-1080
Email: CompliancePrivacyOfficer@kingsview.org
www.kingsview.org/contact

Si siente que se han violado sus derechos de privacidad, tiene derecho, y lo alentamos, a presentar una queja. Agradeceríamos la oportunidad de resolver su inquietud, pero también puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Para presentar una queja de privacidad ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, comuníquese con:

Office of Civil Rights
US Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4 – 100
San Francisco, CA 94103
Phone: (415) 437-8310
FAX: (415) 437-8329
TDD: (415) 437-8311
Email: OCRPrivacy@hhs.gov
www.dhhs.gov/ocr/privacy/index.html

Kings View respeta su derecho a expresar sus preocupaciones con respecto a su privacidad. No será castigado, amenazado o penalizado por hacer preguntas o por presentar una queja.

 **Gracias por confiar en Kings View con su cuidado.**

**ACUSE DE RECIBO DE
KINGS VIEW SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

☐ Acuso recibo del Aviso de Kings View de Prácticas de Privacidad para Servicios de Salud de Conductual.

☐ Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad, pero no deseo recibirlo en este momento.

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre de impresión: _____

Relación (si no está firmada por el cliente): _____



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 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.disabilityrightscsca.org/>
Department of Health Care Services
Mental Health Services Division Ombudsman
(800) 896-4042 or
Email: mhombudsman@dhs.ca.gov

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: _____

LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រម ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)។ 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)。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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)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。 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຫກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໃຫ້ທາດປີ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໃຫ້ທາດປີ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру [1-xxx-xxx-xxxx] (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру [1-xxx-xxx-xxxx] (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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 [1-xxx-xxx-xxxx] (TTY: 711). 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:

1400 W. Lacey Blvd. Building 13, 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>

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.

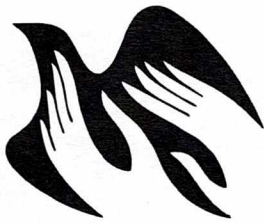
La Directiva Anticipada ya no es válida tan pronto como usted recupera la capacidad de poder hacer las decisiones de su asistencia médica.

¿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.



29 of 47
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

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: _____

31 of 47
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

Lisa D. Lewis, PhD
Behavioral Health Director

33 of 47

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

34 of 47

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

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				

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: <input type="checkbox"/> Divulgar e <input type="checkbox"/> Intercambiar mi información medica protegida con: <input type="checkbox"/> Solicitud de e <input type="checkbox"/> Intercambiar mi información medica protegida con: <input type="checkbox"/> 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 May 2025

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 of 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
Alberty	Daniesha	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 125214	1336723220	Yes	English	Quality Assurance Specialist
Aldave	Briana	Licensed Professional Clinical Counselor	LPCC 15098	1174292270	Yes	English, Spanish	Program Manager – MCRT
Anaya	Monique	Associate Clinical Social Worker	ASW 124743	1043020175	Yes	English,	Clinician - MCRT
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	Clinical Supervisor - MCRT
Bottoms	Mickayla	Associate Clinical Social Worker	ASW 124118	1346088259	Yes	English	Clinician – MCRT

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Cardenas	Maria Veronica	Licensed 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 – MCRT After Hours
Contreras	Analieze	Associate Clinical Social Worker	ASW 118661	1326757501	Yes	English, Spanish	Clinician - MCRT
Duran	Amber	Associate Professional Clinical Counselor	APCC 11405	1134733751	Yes	English, Spanish	Clinician - Adult
Esparza-Molina	Araceli	Associate Clinical Social Worker	ASW 124710	1528887817	Yes	English	Clinician - Adult
Gacad	Leslie	Nurse Practitioner	95023818	1487350682	Yes	English	Psychiatry
Garivay	Denivie	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 133462	1962075861	Yes	English	Clinician - Access
Gascon	Natalia	Licensed Clinical Social Worker	LCSW 129344	1801518089	Yes	English	Clinician - Adult

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Gonzalez	Sandra	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 104755	1962829879	Yes	English, Spanish	Clinical Supervisor - Adult Services
Hall	Stefani	Licensed Psychiatric Technician	LPT 34655	1548751753	Yes	English	Nursing Services – Case Manager
Krumdick	Kameron	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 145402	1730878570	Yes	English	Clinician - Adult
Licon	Anna	Licensed Psychiatric Technician	LPT 36367	1811244528	Yes	English, Spanish	Supervisor - Nursing
Lozares	Marife “Faye”	Licensed Psychiatric Technician	LPT 35677	1912711599	Yes	English	Adult Services Case Manager
Lynn	Nora	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 49807	1265616320	Yes	English	Assistant Regional Director
Luna	Ashley	Associate Clinical Social Worker	ASW 127974	1811797905	Yes	English	Clinician - MCRT
Mejia	Natalie	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 125890	1326506965	Yes	English, Spanish	Clinician - MCRT Per Diem

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
O'Keefe	Abigail	Associate Professional Clinical Counselor	APCC 17792	1215732615	Yes	English	Clinician - Adult
Orozco-Avalos	Ivett	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 138522	1568014074	Yes	English, Spanish	Intake Clinician - Access
Quevedo	Viviana	Associate Marriage and Family Therapist	AMFT 148184	1477363455	Yes	English, Spanish	Clinician - Adult
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

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Rolfsema	David	Licensed Clinical Social Worker	LCSW 16614	1013136175	Yes	English	Clinician - LPS
Schenley	Agnes	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 41233	1760513766	Yes	English	Clinician – MCRT After Hours
Seechan	Alexis	Associate Clinical Social Worker	ASW 127486	1174323587	Yes	English	Clinician – MCRT
Shahbazian	Randy	Psychiatrist	A85058	1629253836	No	English	Psychiatry
Smith	Anisha	Doctor of Osteopathy	20A9398	1245351568	Yes	English	Psychiatry
Swalef	Jasmine	Associate Professional Clinical Counselor	APCC 10553	1205634656	Yes	English	Clinician – MCRT After Hours
Taylor	Thomas	Licensed Clinical Social Worker	LCSW 17355	1891910527	Yes	English	Clinician - Adult

Provider Last Name	Provider First Name	Licensure	License Number	National Provider Identification Number	Completed Cultural Competency	Language Capacity	Specialty
Truta	Mircea	Psychiatrist	A75064	1033230537	No	English	Psychiatry
Vazquez	Bethany	Associate Clinical Social Worker	ASW 113374	1285393199	Yes	English	Clinician - MCRT
Vidad	Noelika	Licensed Psychiatric Technician	LPT 40813	1821847369	Yes	English	Nursing Services
Zepeda	Lisa	Licensed Marriage and Family Therapist	LMFT 92541	1104121854	Yes	English	Program Manager-Adult Services