



## Información de Orientación al Cliente

*Bienvenido/a a La Salud de Comportamiento del Condado de Polk. Ofrecemos servicios para la salud mental, trastornos por uso de sustancias y problemas con el juego. Nuestro objetivo es ayudarlo/a a vivir bien. Lo siguiente es una breve descripción de lo que puede esperar.*

### INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMERA CITA

La primera cita se llama Admisión. Se reunirá con un consejero/a y aprenderemos sobre las preocupaciones que lo/a trajeron aquí. Le haremos muchas preguntas para comprender su situación y cuáles son sus objetivos. Hablaremos sobre qué tipo de servicios y apoyos pueden ayudarlo/a a alcanzar sus metas. Juntos haremos un plan. Su plan individual se compartirá con usted al final de su cita.

### UN CONSEJERO IDEAL

En su cita de admisión, podrá decirnos con qué tipo de consejero/a desea trabajar. Haremos todo lo posible para encontrarle el tipo de consejero/a que satisfaga sus necesidades. Si desea trabajar con alguien diferente, puede hablar con cualquier miembro/a del personal y preguntar sobre una mejor opción.

### DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Cada persona obtiene servicios por diferentes períodos de tiempo. En su cita de admisión, su consejero/a le recomendará el "nivel de atención" según el tipo de inquietudes que tenga y su necesidad individual. Queremos que haga preguntas. Puede preguntar sobre cambios en su plan de tratamiento en cualquier momento. Queremos ayudarlo/a a alcanzar sus metas de una manera que se sienta cómodo/a para usted.

### SERVICIOS Y APOYOS QUE PODEMOS RECOMENDAR:

- Psicoterapia: individual o familiar
- Asesoramiento sobre alcohol y drogas
- Servicios relacionados con el juego
- Tratamiento en grupos
- Manejo de medicamentos
- Gestión individualizada
- Entrenamiento de habilidades
- Especialistas de apoyo individual

### INFORMACIÓN DE NUESTRO PERSONAL

Todo nuestro personal está capacitado en cuidado específico sobre traumas. Todos los proveedores con los que trabajará tienen un certificado o licencia en su área de profesión.

### SERVICIOS DE CRISIS

Llame a la línea de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana a los siguientes números:	
Entre semana 8-5pm	503-623-9289
Después de las 5pm/fines de semana y días festivos	503-581-5535 o 1-800-560-5833

En caso de un crisis, está disponible el apoyo durante el horario comercial en cualquiera de nuestras ubicaciones:

Dallas  
182 SW Academy Street  
Dallas, OR 97338

Monmouth  
1310 Main Street East  
Monmouth, OR 97361

West Salem  
1520 Plaza Street NW  
Salem, OR 97304

## DERECHOS DEL CLIENTE

Los clientes de Salud Comportamental del Condado de Polk tienen derecho a recibir atención sin discriminación por motivos de edad, raza, etnia, género, identidad de género, presentación de género, orientación sexual, discapacidad, religión, credo, origen nacional, estado familiar o civil, discapacidad o lenguaje hablado. Como nuestro cliente, usted tiene derecho a una atención segura, respetuosa y digna. Recibirá servicios y atención que sean médicamente apropiados y dentro de los límites de lo que ofrece el Salud del Comportamiento del Condado de Polk.

1. Tener todas las comunicaciones en un idioma que pueda entender
2. Recibir una copia de sus derechos y responsabilidades
3. Tener la oportunidad de registrarse para votar
4. Ser notificado/a de citas canceladas con tiempo
5. Recibir un aviso escrito cuando los servicios se reducen, suspenden o finalizan
6. Esperar que nuestros empleados sean sensibles a las necesidades y sentimientos de todos los clientes
7. Tener acceso y comunicarse en privado con cualquier programa o defensor público o privado de derechos del consumidor
8. La confidencialidad y el derecho a consentir la divulgación.
9. Dar consentimiento informado por escrito antes del inicio de los servicios, menos en una emergencia médica o según lo permita la ley.
10. Hacer una declaración para el tratamiento de salud mental, un documento legal le permite planificar ahora para un momento en que no pueda tomar sus propias decisiones de tratamiento de salud mental.
11. Participar en el desarrollo de un plan de servicio escrito.
12. Tener participación de la familia y guardián en la planificación y entrega de servicio.
13. Recibir una copia en escrito del plan de servicio.
14. Que le expliquen todos los servicios, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos.
15. Buscar una segunda opinión.
16. Elegir entre servicios y apoyos consistentes con su evaluación y su plan de servicio y participar en revisiones periódicas y re-evaluaciones de servicio y soporte
17. Recibir servicios culturalmente competentes proporcionados en el entorno más integrado en la comunidad y en condiciones que sean menos restrictivas a la libertad del individuo, que sean menos intrusivas para el individuo y que brinden el mayor grado de independencia.
18. Rechazar la participación en la experimentación.
19. Suspender el tratamiento en cualquier momento sin coacción.
20. Estar libre de aislamiento y moderación.
21. Saber el nombre y las calificaciones de cualquier persona involucrada en su cuidado.
22. Ser referido a otros servicios que son necesarios para la continuidad de su cuidado.
23. Recibir medicamentos específicos para las necesidades clínicas individuales diagnosticadas, incluidos los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opioides.
24. Recibir notificación antes de una transferencia, a menos que las circunstancias no supongan una amenaza a la salud y la seguridad.
25. Estar libre de abuso o negligencia e informar cualquier incidente de abuso o negligencia sin estar sujeto a represalias.
26. Tener libertad de religión.
27. Revisar su registro de servicio de acuerdo con ORS 179.505
28. Solicitar y revisar una explicación detallada de los cargos y facturas relacionados a su cuidado, independientemente de la fuente de pago.
29. Ser informado de las políticas y procedimientos, acuerdos de servicio y pagos aplicables a los servicios prestados, y que un padre o representante con custodia ayude a comprender cualquier información presentada.
30. Presentar quejas, incluidas las decisiones de apelación resultantes de la queja.



# SUS RESPONSABILIDADES

Como cliente, o tutor, usted tiene el derecho de saber lo que esperamos de usted durante el tratamiento.

## Proporcionarnos con Información

*Como cliente o tutor, le pedimos que:*

- Proporcione información precisa y completa sobre las preocupaciones actuales de su salud mental, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud mental
- Nos informe de cualquier riesgo percibido en su cuidado y cualquier cambio inesperado en su condición
- Nos de información sobre sus necesidades y expectativas de los servicios
- Nos deje saber de los cambios en la dirección, número de teléfono u otra información solicitada
- Nos deje saber de los cambios en los seguros médicos

## Respeto y Consideración

*Como cliente o tutor, le pedimos que:*

- Reconozca y respete los derechos de otros clientes, familias y el personal. Las amenazas, violencia o acoso hacia otros pacientes o personal no será tolerado
- Proporcione un aviso de por lo menos 24 horas antes de cancelar su cita
- Cumpla con la política de mantener el campo del Condado de Polk libre de tabaco

## Participación en el Tratamiento

*Como cliente o tutor, le pedimos que:*

- Participe en el desarrollo de los planes de tratamiento de acuerdo mutuo
- Siga el cuidado, tratamiento y plan de servicio desarrollado
- Haga preguntas cuando usted es incapaz de comprender su cuidado, tratamiento y servicios, o lo que se espera de usted
- Comparta sus preocupaciones sobre el plan de servicio propuesto y las recomendaciones para su tratamiento

## Cumplimiento con las Obligaciones Financieras

*Como cliente o tutor, le pedimos que:*

- Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita
- Si paga por los servicios por su cuenta, debe estar preparado para pagar la cantidad debida en el momento del servicio
- Proporcione información sobre todos los seguros que están disponibles para cubrir los gastos de sus servicios
- Proporcione copias de la Explicación de Beneficios de su Seguro (EOB) cuando sea solicitado por el departamento de facturación
- Si no tiene seguro, traiga la documentación para la elegibilidad de servicios con descuento (tasa moderada) de manera oportuna
- Póngase en contacto con el Departamento de Facturación inmediatamente para hacer arreglos con el pago si usted tiene una cuenta pendiente.





## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

La mayoría de nosotros sentimos que la información médica es privada y debe ser protegida. Es por eso que hay una serie de leyes federales que establece normas para los proveedores de atención de la salud y las compañías de seguros de salud acerca de quién puede ver y recibir nuestra información de salud. Esta ley, llamada la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), le da derechos sobre su información de salud, incluyendo el derecho a obtener una copia de su información, asegurarse de que este correcta, y determinar quien tiene acceso.

### Sus Derechos de Privacidad

- **Su Registro Médico:** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver o recibir un resumen u obtener elementos del conjunto del registro designado por el USCDI, según la Ley de Curas del Siglo 21 (45 CFR 170.401). Se le podrá proporcionar copias de los registros a usted u otra agencia que usted identifique en formato electrónico o en papel, en conformidad de su solicitud y el formato en la que se mantienen los registros. Debe realizar la solicitud por escrito. Es posible que se le cobre una tarifa por el costo de copiar sus registros.
- **Derecho a Solicitar Corrección o Enmienda a sus Registros:** Si no está de acuerdo con el contenido de su registro de salud, puede solicitar una enmienda. Si otorgamos la enmienda, se lo notificaremos. Si negamos la solicitud porque creemos que el registro existente es veraz y es completo, le daremos las razones específicas de la denegación. Si continúa en desacuerdo, puede presentar una queja ante el Oficial de Quejas.
- **Derecho a Solicitar un Informe de Todas las Divulgaciones:** Tiene el derecho a solicitarnos un informe de las personas o programas a los que hemos divulgado su información médica protegida. (Esto no incluye divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni a personas autorizadas por usted). La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia, ni información enviada con su autorización. Puede solicitar este tipo de lista una vez al año.
- **Derecho a Solicitar Límites en el Uso o Divulgación de su Información:** Tiene el derecho a solicitar que limitemos la forma en que se usa o comparte su información. Debe realizar la solicitud por escrito e indicarnos qué información desea limitar y / o a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar la solicitud de limitación. Puede solicitar que se ponga fin a las restricciones por escrito. También tiene derecho a restringir las divulgaciones con respecto a la atención médica que pagó en su totalidad de su propio bolsillo.
- **Derecho a revocar una Autorización:** Si se le pide que firme una autorización para usar o compartir información, puede cancelar esa autorización en cualquier momento. Usted debe hacer la solicitud por escrito. Esto no afectará la información que ya ha sido compartida. Excepción: Los individuos que reciben servicios de alcohol y drogas tienen el derecho de revocar las autorizaciones verbalmente.
- **Derecho a Elegir Como Nos Comunicamos con Usted:** Usted tiene el derecho de pedir que compartamos información con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede pedirnos que enviemos información a su dirección de trabajo en vez de su casa. O usted puede pedir que le llamen a un número de teléfono diferente. Generalmente, usted debe hacer esta solicitud por escrito. Usted no tiene que explicar por qué.
- **Derecho a Presentar una Queja:** Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con la forma en que PCBH ha usado o compartido su información de salud o si no está de acuerdo con nuestras prácticas de privacidad en general.

- **Derecho a Recibir o Rechazar una copia impresa de este aviso:** Usted tiene el derecho de solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.
- **Derecho a ser notificado de un incumplimiento:** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros, o un socio de negocios, descubrimos un incumplimiento con su información de salud sin garantía.

### Como Podemos Compartir Su Información de Salud Protegida

- **Para Tratamiento:** PCBH puede usar o compartir información con los proveedores de atención médica quienes están involucrados en su cuidado de salud. Por ejemplo, la información puede ser compartida para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento.
- **Para Pago:** PCBH puede usar o compartir información para recibir pagos o para hacer pagos por los servicios de salud que recibe. Por ejemplo, podemos proporcionar su información de salud para cobrarle a su plan de salud por las visitas con nosotros.
- **Para las Operaciones de Atención Médica:** PCBH puede usar o compartir información para poder manejar sus programas y actividades. Por ejemplo, podemos usar la información para analizar la calidad de los servicios que recibe.
- **Identificación:** Le pediremos que nos permita tomarle una fotografía con el motivo de usarlo como identificación. Esta fotografía se mantendrá en su registro médico, pero no se compartirá. Si no desea que le tomen una fotografía, se le pedirá que proporcione una identificación con foto. El negar esta petición no le impedirá obtener servicios.
- **Dentro del Acuerdo Organizado de Atención Médica:** Podemos usar y compartir información médica con organizaciones en las que participamos en actividades conjuntas de atención médica, como la coordinación de su cuidado continuo.
- **Para Recordatorios de Citas y Otras Notificaciones para usted:** PCBH le pedirá su permiso para hacerle recordatorios de sus citas. Usaremos el número de contacto que usted proporcione. Le dejaremos un mensaje como recordatorio si no los permite.
- **Para las Actividades de la Salud Pública:** PCBH comparte información con Polk County Public Health que mantiene y actualiza registros vitales, tal como nacimientos, defunción y algunas enfermedades comunicables.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos usar o divulgar su información durante inspecciones o investigaciones de nuestros servicio.
- **Para Agencias de Cumplimiento de la Ley o Tribunales** PCBH usará y compartirá información cuando sea requerido o permitido por la ley federal o estatal o por orden del tribunal.
- **Para Reportes de Abuso e Investigaciones:** Estamos obligados por ley a recibir y reportar el abuso y negligencia a las autoridades estatales apropiadas. Esto puede resultar en la divulgación de información de salud protegida.
- **Para los Programas del Gobierno:** PCBH puede usar y compartir información para los beneficios públicos bajo otros

programas del gobierno. Por ejemplo, podemos compartir su información para confirmar elegibilidad para un programa de nutrición tal como el WIC.

- **Para los Médicos Forenses y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar la información para la identificación de una persona fallecida, y otras actividades permitidas por la ley.
- **Ayuda en Caso de un Desastre:** Si hay un desastre, podemos divulgar información sobre usted a cualquier agencia que esté ayudando en la labor de socorro.
- **Protección Adicional:** En algunos casos, la ley de Oregon proporciona protecciones de privacidad adicionales para el HIV, abuso de sustancias, la salud mental y pruebas genéticas.
- **Divulgaciones Incidentales:** Divulgaciones incidentales que sea requerido su uso bajo HIPAA son permisibles para divulgar, siempre y cuando implementemos pasos de seguridad para evitar tales divulgaciones, y limitamos el PHI expuesta a través de estas divulgaciones incidentales.
- **Para Evitar Daños y Actividades Especiales del Gobierno:** PCBH puede compartir información de salud protegida con las agencias de cumplimiento de la ley o el gobierno estadounidense para evitar una amenaza grave contra la salud o seguridad de cualquier persona, el público en general para la protección del Presidente.
- **Presos de la Cárcel:** Si es un preso de una cárcel o prisión o está en custodia de un oficial de policía, podemos entregar su información de salud protegida a ese cárcel u oficial para que puedan brindarle atención médica, para proteger su salud o la salud de otra persona o por la seguridad de la cárcel.
- **Para los Estudios:** PCBH usa la información de salud protegida para los estudios de salud pública y algunos reportes. Estos estudios y reportes no identifican a personas específicas.
- **Para la Recaudación de Fondos:** PCBH no usará su información con el fin de recaudar fondos.
- **Para el Directorio de la Institución:** PCBH no mantiene un directorio de la institución.
- **Para la Compensación de Trabajadores:** Podemos revelar su información de salud para cumplir con las leyes de compensación a trabajadores o programas similares.
- **Compartir Su Información con Familiares, Amigos y Otros:** Podemos compartir información de salud con su familia u otras personas que usted ha identificado como involucrados en su atención médica o en su salud del comportamiento. Usted tiene el derecho de oponerse a compartir esta información.
- **Comercialización:** Debemos obtener su autorización antes de usar su información de salud para enviarle cualquier material de comercialización. Podemos, sin embargo, proporcionarle materiales de comercialización en persona o darle un regalo de valor normal sin su autorización. Además, podemos comunicarnos con usted acerca de los productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o sobre tratamientos, terapias, proveedores o entornos de atención sin su autorización.

### Otras Leyes Protegen su Información de Salud

Muchos programas de PCBH tienen otras leyes federales y estatales que deben seguir para el uso y divulgación de su información tal como la ley **42 CFR Parte 2** que aborda el tratamiento de alcohol y drogas. Estas requerirán su autorización. Por ejemplo, usted debe dar su autorización por escrito para que nosotros compartamos los registros de tratamiento de alcohol o drogas. Los tipos de información de salud que tienen protección especial incluyen pero no está

limitado a: Tratamiento para una enfermedad mental y notas de la sesión de terapia, los servicios para el abuso de alcohol y drogas, las evaluaciones y servicios del VIH/SIDA y evaluaciones genéticas.

### Para Más Información y Cómo Comunicarse con Nosotros

Puede ponerse en contacto con su Proveedor de Servicio o con el Oficial de Privacidad de PCBH en cualquier momento si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información sobre cómo usar sus derechos. Por favor use la dirección y número de teléfono a continuación.

#### Polk County Behavioral Health

Compliance Officer  
182 SW Academy Street  
Dallas, OR 97338  
Phone: 503.623.9289

#### State of Oregon Department of Human Services

Governor's Advocacy Office  
500 Summer St. NE, E17  
Salem, Oregon 97301  
Phone: 1-800-442-5238

#### State of Oregon Department of Human Services

Privacy Officer  
500 Summer Street NE, E24  
Salem, Oregon 97301  
Phone: 1-800-442-5238 or 503-945-5780

#### Office for Civil Rights

Medical Privacy Complaints Division  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave. SW HHH Building, Room 509H  
Washington DC 20201  
Phone: 866.627.6648

### Cómo Presentar una Queja o Reportar un Problema Que Se Sospecha

Puede comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de EE.UU. como indicado anteriormente si desea presentar una queja o reportar un problema con la forma que PCBH ha utilizado o compartido su información. Los servicios que proporcionamos no serán afectados por ninguna queja que usted presente. PCBH no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a ponerse de acuerdo con algo que usted cree que es contra la ley.

### Duración de Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la información que ya tenemos, así como cualquier información que podamos recibir en el futuro. Una copia de la nueva notificación se anunciará en cada sitio con Proveedor de Servicios de Salud del Comportamiento y siempre como lo requiere la ley. Usted puede solicitar una copia del aviso actual en cualquier momento que usted visita un sitio PCBH o puede solicitar que le enviemos una copia electrónica o por correo.

## QUEJAS Y AGRAVIOS

Los clientes o sus tutores tienen derecho a presentar una queja o agravio. Si tiene un problema con el acceso a la atención, los servicios que ha recibido, el contacto con el personal o sus derechos, háganoslo saber.

### Proceso de Quejas:

El Salud Comportamental del Condado de Polk acepta quejas y agravios por escrito o por teléfono. Para presentar una queja, puede solicitar un formulario a cualquier miembro personal (formulario BHQA001) o pedir específicamente hablar con el Oficial de Quejas.

#### **Polk County Behavioral Health**

Attn: Complaints Officer  
182 SW Academy St  
Dallas, OR 97338  
503-623-9289

El Oficial de Quejas u otro personal designado tomarán las medidas necesarias para revisar y resolver su asunto dentro de los cinco días hábiles. Si se necesita más tiempo para recopilar información, se le notificará con una explicación. En estas circunstancias, la decisión de resolución puede demorarse hasta 30 días.

### Revisión Acelerada:

Tiene derecho a solicitar un proceso de revisión más rápido si es probable que el asunto de su queja le cause daño antes de que se complete el proceso de quejas. Esto se le llama revisión acelerada. Responderemos dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de cualquier queja solicitando una revisión acelerada y enviaremos correspondencia por escrito.

### Apelaciones:

Si no está satisfecho con la decisión de resolución de su queja, puede presentar una apelación dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que recibió la decisión. Puede apelar por escrito a:

#### **Oregon Health Authority Health Systems Division**

500 Summer St. NE Salem, Oregon 97301  
Phone: 503-945-5763 or 1-800-273-0557

### Apelaciones *continúa*:



La División del Sistema de Salud le enviara una respuesta por escrito dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de su apelación. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación, puede presentar una segunda apelación por escrito a la División del Sistema de Salud. Envíe la segunda apelación dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que recibió una respuesta por escrito de la División de Sistemas de Salud.

Aviso:

Las personas que presenten una queja o agravio, testigos de apoyo o miembros personal no estarán sujetas a represalias por hacer un informe o ser entrevistadas sobre una queja. Las represalias pueden incluir, entre otras, el despido o el acoso, la reducción de los servicios, los salarios o los beneficios, o basar el servicio o una revisión del desempeño en la acción.

Las personas que presentan una queja o agravio son inmunes a cualquier responsabilidad civil o penal con respecto a la presentación o el contenido de una queja hecha de buena fe.

### Recursos adicionales para Quejas y Agravios:

Miembro de PacificSource Marion & Polk CCO

Si tiene una queja sobre su plan de salud, beneficios o atención, puede llamar, escribir o visitas PacificSource a:

**PacificSource Community Solutions**

Attn: Appeals and Grievances  
PO Box 5729 Bend, Oregon 97708  
Phone: (503) 210-2515 or (800) 431-4135  
Fax: (541) 322-6424  
TTY (800) 735-2900

**Disability Rights Oregon**

503-243-2081  
511 SW 10<sup>th</sup> Avenue, Suite 200  
Portland, OR 97205  
[www.droregon.org](http://www.droregon.org)

Salem, OR 97310-1097

Fax: 503-378-6532

Email: [GAO.CR@state.or.us](mailto:GAO.CR@state.or.us)

**The Governor's Advocacy Office**

Governor's Advocacy Office  
500 Summer Street N.E., E-17

