401 E. Illinois
Midland, Texas
432-570-3333

Saludos,

Los siguientes formularios son los que se pueden utilizar para el registro y durante el curso del tratamiento. Es posible que no todos los formularios sean aplicables a usted. Se proporcionan con fines informativos, para que nuestros pacientes puedan revisarlos con anticipación. Los formularios correspondientes serán revisados con usted por el personal de PermiaCare durante el tratamiento para asegurarse de que comprenda toda la información que se presenta.

TEXAS Health and Human Services

Pautas Federales del Nivel de Ingresos de Pobreza
Escala móvil de elegibilidad financiera para el trastorno por uso de

Tamaño de la familia	Ingresos desde/ hasta	De 0 a 100% FPIL	>100% hasta el 133% FPIL	>133% hasta 185% FPIL	>185% a 200% FPIL	>200% a 225% FPIL	>225% hasta el 250% FPIL	>250% hasta el 275% FPIL	>275% hasta el 300% FPIL	>300% hasta 325% FPIL	>325% hasta 350% FPIL	>350% FPIL
1	De	$0	$15,651	$20,816	$28,954	$31,301	$35,214	$39,126	$43,039	$46,951	$50,864	54.776 dólares
	Para	$15,650	$20,815	$28,953	$31,300	$35,213	$39,125	$43,038	$46,950	$50,863	$54,775	y más de
2	De	$0	$21,151	$28,131	$39,129	$42,301	$47,589	$52,876	$58,164	$63,451	$68,739	$74,026
	Para	$21,150	$28,130	$39,128	$42,300	$47,588	$52,875	$58,163	$63,450	$68,738	$74,025	y más de
3	De	$0	$26,651	$35,446	$49,304	$53,301	$59,964	$66,626	$73,289	$79,951	$86,614	$93,276
	Para	$26,650	$35,445	$49,303	$53,300	$59,963	$66,625	$73,288	$79,950	$86,613	$93,275	y más de
4	De	$0	$32,151	$42,761	$59,479	$64,301	$72,339	$80,376	$88,414	$96,451	$104,489	$112,526
	Para	$32,150	$42,760	$59,478	$64,300	$72,338	$80,375	$88,413	$96,450	$104,488	$112,525	y más de
5	De	$0	$37,651	$50,076	$69,654	$75,301	$84,714	$94,126	$103,539	$112,951	$122,364	$131,776
	Para	$37,650	$50,075	$69,653	$75,300	$84,713	$94,125	$103,538	$112,950	$122,363	$131,775	y más de
6	De	$0	$43,151	$57,391	$79,829	$86,301	$97,089	$107,876	$118,664	$129,451	$140,239	$151,026
	Para	$43,150	$57,390	$79,828	$86,300	$97,088	$107,875	$118,663	$129,450	$140,238	$151,025	y más de
7	De	$0	$48,651	$64,706	$90,004	$97,301	$109,464	$121,626	$133,789	$145,951	$158,114	$170,276
	Para	$48,650	$64,705	$90,003	$97,300	$109,463	$121,625	$133,788	$145,950	$158,113	$170,275	y más de
8	De	$0	$54,151	$72,021	$100,179	$108,301	$121,839	$135,376	$148,914	$162,451	$175,989	$189,526
	Para	$54,150	$72,020	$100,178	$108,300	$121,838	$135,375	$148,913	$162,450	$175,988	$189,525	y más de
Para cada uno de ellos persona adicional, añadir		$5,500	$5,500	$7,315	$10,175	$11,000	$12,375	$13,750	$15,125	$16,500	$17,875	N/A
Tarifa del cliente		0%	0%	0%	0%	10%	20%	35%	50%	65%	80%	100%
Porción de la HHSC		100%	100%	100%	100%	90%	80%	65%	50%	35%	20%	0%

Basado en las *Pautas Federales de Pobreza de los Estados Unidos Utilizadas para Determinar la Elegibilidad Financiera para Ciertos Programas Federales* , publicadas por la Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines)

PERMIACARE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del participante:_____ **Caso #:**_____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

PermiaCare ofrece servicios a los participantes que tienen problemas emocionales, de desarrollo y de abuso de sustancias. Los miembros del personal están capacitados para proporcionar el tratamiento adecuado según sea necesario para ayudar al participante.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

A. Entiendo que mi consentimiento para los servicios es voluntario, a menos que el Tribunal lo ordene, y puedo terminar los servicios cuando lo desee, a menos que el Tribunal lo ordene.

B. Entiendo que tengo derecho a una explicación de las consecuencias, riesgos y beneficios comunes o probables de los servicios. Además, entiendo que puedo apelar cualquier decisión del personal con respecto a mi cuidado.

CONFIDENCIALIDAD

A. De conformidad con las leyes estatales y federales, la información que se mantenga sobre mí en esta agencia estará protegida contra la divulgación no autorizada. No se enviará ninguna información a mi empleador, familiares, amigos o cualquier otra persona, a menos que se discuta conmigo con antelación y se obtenga el permiso correspondiente. La divulgación está permitida por las leyes estatales y federales para situaciones que pueden ser aplicables a mí, tales como:
   1. En interés de la seguridad pública (situaciones de peligro para la vida).
   2. En respuesta a una orden judicial.
   3. Cuando las leyes estatales exigen que se revele información (por ejemplo, sospecha de abuso de niños o adultos, enfermedad contagiosa).
   4. Cuando se requiera para el propósito de auditorías de gestión, evaluación de programas o investigación, los miembros del personal pueden revelar información a personal calificado, pero dicho personal no puede identificarme directa o indirectamente en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, ni tampoco revelar mi identidad de ninguna manera.
   5. La información puede ser intercambiada entre los componentes del Departamento de Salud Mental y Retraso Mental de Texas (otros centros de salud mental, hospitales estatales y escuelas estatales) y Advocacy Incorporated cuando dicha información sea necesaria en la investigación de una reclamación presentada por mí o en mi nombre si no tengo un tutor legal. Se exceptúan de esta divulgación, sin consentimiento escrito, los registros sujetos al privilegio de abogado-participante.

B. El costo de los servicios se me ha explicado de una manera que entiendo.

C. Entiendo que recibir servicios de PermiaCare no obliga al personal de PermiaCare a testificar o prestar declaración en ningún tribunal.

Al firmar este consentimiento, reconozco que:
Círculo uno

1. Tengo 18 años o más y no he sido declarado incompetente por un Tribunal de Justicia, o (marque uno)
   a. Soy el tutor legal del participante que va a ser atendido, si dicho participante tiene 18 años o más, o
   b. Soy el padre/tutor legalmente designado o un adulto autorizado del participante a quien se prestará servicio, si dicho participante tiene 18 años de edad o menos, o
   c. Tengo al menos 16 años de edad y estoy legalmente facultado para dar mi consentimiento para los servicios según las condiciones descritas en la Sección 2.20.00/00 del manual de Políticas y Procedimientos del Centro y/o las disposiciones aplicables de las Secciones 32.003, 32.004 y 32.005 del Código Familiar de Texas.

Estoy de acuerdo con el tratamiento que ofrece el Programa del Área para:

☐ Mí mismo ☐ Mi hijo ☐ La persona para la que soy representante legalmente autorizado

En el caso de que no pueda traer a mi hijo menor de edad o a la persona de la que soy tutor o custodio legal al Programa, entonces doy _____permiso para traer al participante al Programa y participar en el tratamiento según sea necesario.

_____ _____
Firma del participante Fecha Firma del testigo Fecha

_____
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

PERMIACARE

Nombre del participante:_____ Caso #. _____

ATENCIÓN DE EMERGENCIA, CONSENTIMIENTO Y CONTACTOS

(Obligatorio para todos los participantes)

En caso de que se produzca una enfermedad o un accidente repentino, autorizo a PermiaCare a que obtenga atención médica para mí del médico u hospital accesible más cercano. Autorizo al médico responsable a proporcionar atención médica, quirúrgica, de rayos X o cualquier otro tipo de atención médica o dental apropiada, según su criterio, sea adecuada y necesaria.

_____ _____

Firma del participante Fecha Firma del testigo Fecha

_____ _____

Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

Entiendo que al organizar dichos servicios, el PermiaCare para la Salud Mental y el Retraso Mental no asume ninguna responsabilidad por los servicios prestados o los costos incurridos en ellos.

CONTACTO DE EMERGENCIA: **MÉDICO DE EMERGENCIA:**

Nombre:_____ Nombre :_____

Dirección:_____ Dirección:_____

Ciudad:_____ City:_____

Estado:_____ CP _____ Ciudad:_____ CP _____

Teléfono: (casa)_____ (Trabajo)_____ Teléfono: _____

Alergias a los medicamentos:_____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRANSPORTE

(Completar si es aplicable)

Por la presente autorizo a PermiaCare a que me proporcione servicios de transporte. Este servicio puede incluir el transporte hacia y desde el Centro y el hogar, así como para la participación en las actividades del Centro que requieran transporte.

_____ _____

Firma del participante Fecha Firma del testigo Date

_____

Firma del padre o del representante legalmente autorizado Fecha

PERMIACARE
INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA
Nombre: Caso #
Dirección:
Teléfono #: D.O.B: Edad:
SS#: Medicaid: #
Diagnóstico:
Si la resonancia magnética comprueba el nivel: ☐Leve ☐Moderado ☐ ☐Severo Profundo
Alergias (medicamentos, alimentos, agentes ambientales) LISTA EN ROJO:
Medicamentos:
Médico de Urgencias:
Dirección:
Teléfono #
Teléfono #
Persona de contacto en caso de emergencia:
Dirección: Teléfono:
Fecha del Último Tétanos
Convulsiones ☐Sí ☐No En caso afirmativo, especifique el tipo y la frecuencia:
Deambulación: ☐Normal ☐Discapacidad ☐W/C ☐Muletas ☐Andador
Limitaciones Físicas ☐Ciegos ☐ Ayudas Visuales ☐Sordos ☐Audífonos ☐Dieta Precauciones
☐Otro
Comunicación: ☐Verbal ☐No Verbal
Idioma Hablado:
Problemas de Conducta:
Actividades a Evitar:

_____ _____

Elaborado por: Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
Formulario de confirmación de la educación

Nombre del cliente: _____ **Caso N.:** _____

EDUCACIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la tuberculosis. Se me ofreció una recomendación para un examen voluntario y confidencial de tuberculosis.
Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PRODUCTOS DE TABACO Y EDUCACIÓN SOBRE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre los riesgos para la salud de los productos de tabaco y la adicción a la nicotina.
Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

EDUCACIÓN SOBRE LA HEPATITIS B Y C

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la Hepatitis B y C. También se me ha ofrecido una recomendación para la detección voluntaria y confidencial de la Hepatitis C.

Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

EDUCACIÓN SOBRE EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta información educativa incluye una definición de VIH y SIDA, métodos de transmisión y métodos de prevención.

Además, me ofrecieron análisis voluntarios, anónimos o confidenciales y servicios de asesoramiento sobre las infecciones de VIH y la sífilis. También se me ofreció una recomendación para una detección voluntaria y confidencial de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Se me ha explicado y entiendo que estos servicios y recomendaciones son rutinarios para este centro y se ofrecen a cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
ABUSO DE SUSTANCIAS - CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

(A completar antes de la admisión)

Nombre del cliente:_____ N° del cliente:_____

1. Su condición específica a ser tratada:_____
2. Su tratamiento recomendado:_____
3. Los beneficios esperados del tratamiento:_____
4. Las probables consecuencias para la salud y la salud mental del cliente por no dar su consentimiento:_____
5. Sus efectos secundarios y los riesgos asociados con el tratamiento:_____
6. Cualquier alternativa generalmente aceptada y si una alternativa podría ser apropiada: _____
7. Las calificaciones del personal que proporcionará el tratamiento: _____
8. Nombre del Consejero Principal:_____
9. Sus cargos diarios estimados, incluida una explicación de cualquier servicio que pueda facturarse por separado a un tercero o al cliente, sobre la base de una evaluación de los recursos financieros y las prestaciones de seguro del cliente:_____
10. Los servicios del programa y el proceso de tratamiento:_____
11. Oportunidades para que la familia se involucre en el tratamiento:_____
12. Consecuencias o búsquedas utilizadas para hacer cumplir las reglas del programa:_____

Por favor, que el cliente ponga sus <u>iniciales</u> en lo siguiente:

1. _____Esta información me ha sido explicada en términos simples, no técnicos, en mi idioma primario cuando eso es posible.
2. _____No se ha utilizado ninguna influencia coercitiva o indebida para obtener este consentimiento.
3. _____El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y por cualquier motivo.
4. _____La Declaración de Derechos del Cliente ha sido leída y explicada a mí, la entiendo, y se me ha dado una copia de la misma en esta fecha.
5. _____El procedimiento de quejas del cliente ha sido leído y explicado a mí, lo entiendo, y se me ha dado una copia de esta fecha.
6. _____ha recibido una copia de las reglas/expectativas del programa en esta fecha. He leído y entendido las reglas, incluyendo las reglas sobre visitas, llamadas telefónicas, correo y regalos, etc., incluyendo las violaciones que pueden llevar a una acción disciplinaria o al despido.
7. _____ha recibido una copia de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la Ley de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del Abuso de Drogas.
8. _____ha recibido una copia del formulario de información de contacto para quejas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.
9. _____ha recibido una copia del formulario de información de contacto de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica sobre abuso y negligencia de clientes/quejas.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
PROGRAMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES EXTERNOS
CARTA DE DERECHOS DEL CLIENTE

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

Tiene ciertos derechos como cliente de los programas de abuso de sustancias de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica. Sus derechos están protegidos por la ley y por el Oficial de Derechos del Cliente de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica.

Sus derechos se enumeran a continuación:

1. Tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
2. Si acepta el tratamiento tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento (a menos que la ley lo restrinja específicamente).
3. Tiene derecho a un entorno humano que le proporcione una protección razonable contra el daño y una privacidad apropiada para sus necesidades personales.
4. Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
5. Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
6. Tiene derecho a un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades.
7. Tiene derecho a que le informen sobre las normas y reglamentos del programa antes de ser admitido, incluyendo, sin limitación, las normas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento. Su representante legalmente autorizado, si lo hay, también tiene el derecho de ser y será notificado de las reglas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento.
8. Tiene derecho a que se le informe antes de su admisión sobre:

a. la condición a ser tratada;
b. el tratamiento propuesto;
c. los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos;
d. las probables consecuencias para la salud y la salud mental de rechazar el tratamiento;
e. otros tratamientos disponibles y cuáles, si los hubiera, podrían ser apropiados para usted; y
f. el tiempo de estancia previsto.

9. Tiene derecho a un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades, y tiene derecho a participar en el desarrollo de ese plan.
10. Tiene derecho a reunirse con el personal para revisar y actualizar el plan con regularidad.
11. Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que ello afecte a su atención habitual.
12. Tiene derecho a que la información sobre usted se mantenga en privado y a que se le informe sobre las veces que la información puede ser revelada sin su permiso.
13. Tiene derecho a que se le informe con antelación de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios de la que el centro tenga conocimiento.
14. Tiene derecho a recibir una explicación de su tratamiento o de sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento.
15. Tiene derecho a presentar una queja y a recibir una respuesta justa de la PBCC dentro de un plazo razonable.
16. Usted tiene el derecho de quejarse directamente al Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) en cualquier momento razonable.
17. Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de ser admitido, incluyendo la dirección y el número de teléfono del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS).
18. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos en términos sencillos, de manera que los pueda entender, dentro de las 24 horas de haber sido admitido.

Al firmar este formulario, reconozco que:

1. Los derechos mencionados han sido explicados de una manera que me es comprensible.
2. He recibido una copia escrita de estos derechos.
3. Puedo recibir una explicación del personal a petición de estos derechos en cualquier momento durante el tratamiento.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

CENTRO COMUNITARIO DE LA CUENCA PÉRMICA
PLAN DE TRANSICIÓN PARA CLIENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

Al ser dado de alta de (nombre del programa) _____

Las necesidades, preferencias y el progreso del cliente durante el tratamiento serán evaluados y analizados continuamente. El cliente será asistido a lo largo del proceso de alta con la transición a otros servicios o de vuelta a la comunidad. Las decisiones sobre el cuidado se basan en las necesidades, preferencias y prioridades identificadas del cliente. Estas necesidades y prioridades se evalúan continuamente durante el tratamiento para facilitar el alta oportuna y apropiada y la continuación de los servicios de atención o apoyo y los recursos específicos que se utilizarán para satisfacer esas necesidades.

Este formulario debe ser completado durante la Sesión de Planificación del Alta con el consejero, el cliente y la pareja o el miembro de la familia del cliente si es posible. El cliente debe completar todo excepto el número 11, que lo completa el consejero.

1. Planeo vivir en la siguiente dirección: : _____
   Ciudad, estado y código postal: _____
   Número(s) de teléfono: _____

   _____ Solo o
   _____ Con mis padres nombre(s) _____
   _____ Con familiares nombre(s) _____
   _____ Con amigos nombre(s) _____
   _____ En la institución nombre _____

2. Planeo asistir a los siguientes programas para continuar con mi cuidado posterior. Marque en los espacios en blanco donde planea continuar los servicios. Escriba el nombre del profesional, el programa o centro al que planea asistir.

   _____ Tratamiento en residencia del abuso de sustancias _____
   _____ Asesoramiento del Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios _____
   _____ Colocación en residencia de transición _____
   _____ Terapia individual _____
   _____ Terapia de grupo _____
   _____ Terapia familiar _____
   _____ Terapia de relación conyugal/pareja _____
   _____ Consejería de la Iglesia/Clérigos _____
   _____ Asesoramiento educativo/vocacional _____
   _____ Asesoramiento de empleo _____
   _____ Médico _____
   _____ Psiquiatra _____
   _____ Monitoreo de Medicamentos psicotrópicos _____
   _____ Comunidad de Salud Mental y Retraso Mental (MHMR) _____
   _____ Otros _____

3. Planeo asistir a los siguientes grupos de apoyo para continuar con mi cuidado posterior. Marque en los espacios en blanco el servicio de apoyo al que planea asistir. Escriba el nombre del grupo de apoyo, el programa o centro al que planea asistir.

   _____ Alcohólicos Anónimos (AA) _____
   _____ Narcóticos Anónimos (NA) _____
   _____ Recuperación SMART (Formación de Auto-gestión y recuperación) _____
   _____ Grupo de apoyo basado en la fe _____
   _____ Grupo de Apoyo Religioso _____
   _____ Otros _____

4. Planeo asistir a _____ un número de AA u otros grupos de apoyo cada semana.

CENTRO COMUNITARIO DE LA CUENCA PÉRMICA
PLAN DE TRANSICIÓN PARA CLIENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Tendré un padrino/mentor dentro de _____ días.
Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

5. _____ Planeo cumplir con los requisitos de libertad condicional/parcial (si corresponde).

   Nombre de mi oficial de libertad condicional: _____

6. Planeo continuar mi educación:_____ matriculándome en la escuela_____, GED (Desarrollo educativo general) , u otros (especifique)_____
   _____

7. Actualmente trabajo en_____
   Dirección: _____

8. Con el fin de encontrar un empleo, pienso hacer lo siguiente: _____
   _____
   _____
   _____

9. Nombre de la persona y/o familiar que apoya mi recuperación:: _____

10. La persona o el miembro de la familia que planea participar en las siguientes actividades o grupos de apoyo. Marque en los espacios en blanco el servicio de apoyo al que piensa asistir. Escriba el nombre del grupo de apoyo, el programa o el centro al que planea asistir.

    _____ Terapia Individual _____
    _____ Terapia de grupo _____
    _____ Terapia familiar _____
    _____ Terapia de relación conyuga/pareja _____
    _____ Consejería de la Iglesia/Clérigos_____
    _____ Al Anon _____
    _____ Grupo de apoyo basado en la fe_____
    _____ Grupo de Apoyo Religioso _____
    _____ Otros _____

11. Mi consejero/equipo de tratamiento ha hecho las siguientes recomendaciones y remisiones para los servicios de atención posterior::
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

Al firmar este Plan de Transición, confirmo mi participación en el proceso de planificación del alta y reconozco que he recibido una copia de este plan.

_____ _____
Firma del cliente Fecha Miembro de la familia/pareja Fecha

_____
Firma del personal (incluya las credenciales) Fecha

INSTRUCTIONS:
1. Enter all information gathered from the client during the interview.
2. Print completed form, then obtain signature from client and staff.
3. As soon as possible: Upload signed attestation form and other documents (Proof of Income and Proof of Residency, if any) as an attachment to **CMBHS Financial Eligibility**.

Client Name: _____

CMBHS Client# :_____

Provider: _____

PermiaCare SA
Attestation Form

Residencia:

Yo**,** _____, doy fe de que soy residente del estado de Texas, y que

actualmente reside en: _____en _____el condado.

Mi número de teléfono es _____. Actualmente vivo con _____

y se les puede contactar en _____.

Ingreso:

Certifico que actualmente estoy: ☐ Desempleado ☐ Empleado

Si estoy empleado, estoy trabajando: ☐ Jornada Completa ☐ Tiempo Parcial

Gano o recibo $_____ ☐ Diario ☐ Semenal ☐Bi-Semanal ☐ Mensual

Los fondos vienen de _____.

Al firmar este formulario, entiendo que falsificar esta información podría resultar en mi despido del

_____ programa.

_____ _____
Firma del Cliente Fecha

_____ _____
Atestiguado Fecha

Reglas del grupo

1. Mantenga siempre la confidencialidad. Lo que se comparte en el grupo no debe repetirse ni discutirse en ningún otro momento o lugar.
2. Los teléfonos deben estar en silencio durante la sesión grupal.
3. La asistencia es importante. Si debe faltar a un grupo, es preferible que se comunique con el consejero con 24 horas de anticipación, si es posible.
4. Si llega 15 minutos tarde o más, no se le permitirá entrar en el grupo
5. Recuerde inscribirse para la terapia de grupo
6. Evite interrumpir o tener conversaciones secundarias.
7. Asumir la responsabilidad de la calidad de la discusión
8. No monopolices la discusión
9. Habla desde tu propia experiencia. No des consejos.
10. Abstenerse de hablar lenguaje ofensivo.
11. No consuma alcohol ni drogas antes de venir al grupo.
12. No hable de otro miembro que no esté presente.
13. Por favor, manténgase en el tema.
14. Tenga en cuenta a los demás en el grupo. ¿Lo que compartes es beneficioso para ti y para otros miembros del grupo?
15. Puede traer bebidas y bocadillos para usted y / o el grupo en cualquier sesión.

Expectativas de la sesión individual

1. Es su responsabilidad programar su sesión individual con el consejero principal.
2. Si no se presenta/no llama, se marcará en su gráfico. Es mejor llamar y cancelar.
3. Si va a llegar tarde, llame al consejero, si no llama y llega 15 minutos o más tarde, tendrá que reprogramar.

Al firmar, acepto seguir todas las reglas/expectativas. Reconozco que se me ha dado una copia de este documento en mi Manual del Cliente.

Firma _____ Fecha_____

COMISIÓN DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS 2025
AUTORIDAD LOCAL
Tabla de Tarifas Mensuales Por Capacidad de Pago

Sección 301.517, título 26 del TAC
Sección 301.111, título 26 del TAC

Tarifa Mensual Máxima Según el Tamaño de la Familia

A Partir del 7 de Febrero de 2025

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
15,650	1,304	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
23,475	1,956	47	0	0	0	0	0	0	0	0	2.50%
26,225	2,185	56	0	0	0	0	0	0	0	0	2.66%
28,975	2,415	66	0	0	0	0	0	0	0	0	2.82%
31,725	2,644	76	47	0	0	0	0	0	0	0	2.98%
34,475	2,873	87	56	0	0	0	0	0	0	0	3.14%
37,225	3,102	99	66	0	0	0	0	0	0	0	3.30%
39,975	3,331	112	76	47	0	0	0	0	0	0	3.46%
42,725	3,560	125	87	56	0	0	0	0	0	0	3.62%
45,475	3,790	139	99	66	0	0	0	0	0	0	3.78%
48,225	4,019	154	112	76	47	0	0	0	0	0	3.94%
50,975	4,248	169	125	87	56	0	0	0	0	0	4.10%
53,725	4,477	185	139	99	66	0	0	0	0	0	4.26%
56,475	4,706	202	154	112	76	47	0	0	0	0	4.42%
59,225	4,935	220	169	125	87	56	0	0	0	0	4.58%
61,975	5,165	238	185	139	99	66	0	0	0	0	4.74%
64,725	5,394	257	202	154	112	76	47	0	0	0	4.90%
67,475	5,623	277	220	169	125	87	56	0	0	0	5.06%
70,225	5,852	297	238	185	139	99	66	0	0	0	5.22%
72,975	6,081	318	257	202	154	112	76	47	0	0	5.38%
75,725	6,310	340	277	220	169	125	87	56	0	0	5.54%
78,475	6,540	363	297	238	185	139	99	66	0	0	5.70%
81,225	6,769	386	318	257	202	154	112	76	47	0	5.86%
83,975	6,998	410	340	277	220	169	125	87	56	0	6.02%
86,725	7,227	435	363	297	238	185	139	99	66	0	6.18%
89,475	7,456	460	386	318	257	202	154	112	76	47	6.34%
92,225	7,685	487	410	340	277	220	169	125	87	56	6.50%
94,975	7,915	514	435	363	297	238	185	139	99	66	6.66%
97,725	8,144	541	460	386	318	257	202	154	112	76	6.82%
100,475	8,373	570	487	410	340	277	220	169	125	87	6.98%
103,225	8,602	599	514	435	363	297	238	185	139	99	7.14%
105,975	8,831	628	541	460	386	318	257	202	154	112	7.30%
108,725	9,060	659	570	487	410	340	277	220	169	125	7.46%
111,475	9,290	690	599	514	435	363	297	238	185	139	7.62%
114,225	9,519	722	628	541	460	386	318	257	202	154	7.78%
116,975	9,748	755	659	570	487	410	340	277	220	169	7.94%
119,725	9,977	788	690	599	514	435	363	297	238	185	8.10%
122,475	10,206	822	722	628	541	460	386	318	257	202	8.26%
125,225	10,435	857	755	659	570	487	410	340	277	220	8.42%
127,975	10,665	892	788	690	599	514	435	363	297	238	8.58%
130,725	10,894	929	822	722	628	541	460	386	318	257	8.74%
133,475	11,123	966	857	755	659	570	487	410	340	277	8.90%
136,225	11,352	1,003	892	788	690	599	514	435	363	297	9.06%
138,975	11,581	1,042	929	822	722	628	541	460	386	318	9.22%
141,725	11,810	1,081	966	857	755	659	570	487	410	340	9.38%
144,475	12,040	1,121	1,003	892	788	690	599	514	435	363	9.54%
147,225	12,269	1,161	1,042	929	822	722	628	541	460	386	9.70%
149,975	12,498	1,202	1,081	966	857	755	659	570	487	410	9.86%
152,725	12,727	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	514	435	10.02%
155,475	12,956	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	541	460	10.18%
158,225	13,185	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	570	487	10.34%
160,975	13,415	1,375	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	514	10.50%
163,725	13,644	1,419	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	541	10.66%
166,475	13,873	1,465	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	570	10.82%
169,225	14,102	1,511	1,375	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	10.98%
171,975	14,331	1,558	1,419	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	11.14%
174,725	14,560	1,606	1,465	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	11.30%

PERMIACARE

Notificación de la recepción de la información

Programas de MH

Inicial/anual

Nombre del cliente:_____ N. I.D. del cliente.#_____

Al firmar abajo, reconozco que he recibido la siguiente información y que fue discutida oralmente conmigo.

_____ ¿Completó y recibió una copia de su Autorización para la Divulgación de Información para la SSA y la HHSC?

_____ ¿Le explicaron sus derechos de privacidad de la HIPAA y le dieron una copia de ellos?

_____ ¿Recibió una copia del Manual de Derechos del Cliente de PermiaCare?

_____ ¿Recibió una copia de la Notificación de Apelaciones?

_____ ¿Recibió información sobre los cargos por servicios comunitarios?

_____ ¿Recibió una copia de la Explicación Anual de Servicios y Apoyos?

_____ ¿Recibió una copia de su Evaluación Financiera?

_____ ¿Se le explicó el programa de telemedicina y usted consiente en usar la telemedicina en su tratamiento?

_____ ¿Se le explicó el consentimiento para los servicios y recibió una copia?

_____ ¿Da su consentimiento para ser fotografiado con fines de identificación?

Firma del cliente Fecha

PERMIACARE

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Yo, _____ confirmo mi comprensión y recepción de:

1) un resumen de los derechos del cliente

2) los procedimientos de reclamación del PC, que incluye la información de la Comisión de Investigación del DSHS

3) Doy permiso al consejo para que reúna y comparta información sobre mí, con el fin de recomendaciones de tratamiento

4) La información dada es exacta en la medida de mis posibilidades

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma del personal del PC: Fecha

PERMIACARE

Derechos del participante

Todos los participantes tienen derecho a:

1. estar libres de abuso, negligencia y explotación;
2. ser tratado con dignidad y respeto; y
3. Presentar una reclamación al programa o al DSHS en cualquier momento.

Los participantes en un programa de intervención también tienen derecho a:

1. un entorno humano que proporcione una protección razonable contra el daño;
2. ser informado de las reglas y regulaciones del programa antes de participar; y
3. aceptar o rechazar los servicios después de haber sido informado de los servicios y responsabilidades.

Cuando los participantes reciben servicios individualizados en un programa de intervención, el proveedor deberá informar a los participantes y a los consentidores (si corresponde) sobre

1. propósitos y objetivos del programa;
2. reglas y regulaciones; y
3. derechos de los participantes.

Los programas que proveen servicios a individuos identificados deberán mantener la confidencialidad de la información de identificación del participante como lo requiere la regulación federal que rige la Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, Código de Regulaciones Federales (CFR), Título 42, Parte 2.

_____ _____

Firma del cliente Fecha

_____ _____

Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____

Firma del Personal (testigo): Fecha

PERMIACARE

Salud mental y Retraso Mental
600 N. Grant Ave. Odessa, Texas 79761
(432) 550-1100 Fax (432) 580-2679

Información necesaria para la investigación

Es Bienvenido sin cita de lunes a jueves, 8:00am -3:00pm

Elegir 1 Artículo En Cada Caja:

• Tarjeta de seguro social • Copia de tarjeta de Seguro Social
• Licencia de conducer • Tarjeta de identificación del cuadro
Comprobante De Ingresos • Forma W2 • El mes pasado Compruebe stubs (2 o 4) según el período de pago del solicitante • Letra de la persona que proporcione ayuda, formulario 4506 si procede y declaración de ingresos cero
• Carta de seguro social, en su caso
• Carta de estampillas de comida, si corresponde
Prueba De Residencia • Factura de electricidad • Contrato de arrendamiento • Correspondencia o carta de la persona en cuya casa vive el solicitante
• Tarjeta o información verificación de seguros seguros

Requisitos adicionales de detección de los niños:

- Nacimiento certificado
- Notariado carta del cuidador principal que los padres están ausentes y se comprometen a ser legalmente y financieramente responsable
- Registro de oficiales de custodia (padres divorciados)
- Tarjeta de Seguro Social del niño

Permiacare
Programas de abuso de sustancias
Declaración de certificación

Nombre del cliente:_____ Fecha:_____

Nombre del padre o tutor (si corresponde):_____

Por la presente atestiguo lo siguiente:

Por favor, que el cliente o el padre/tutor (si es aplicable) ponga sus iniciales en todas las declaraciones que correspondan.

_____Esto es en referencia directa a mi incapacidad para proporcionar verificación de ingresos o prueba de ausencia de ingresos:

_____Entiendo que el cálculo de elegibilidad de ingresos es consistente con los ingresos anuales del hogar y no con los ingresos anuales personales.

_____No tengo ingresos de cantidades sustanciales y no puedo presentar pruebas de mis ingresos de los últimos 6 meses.

_____ Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha._____.

_____ No he presentado una declaración de impuestos en el último año, ni nadie me ha incluido como dependiente/cónyuge/persona importante en su declaración de impuestos en el último año.

_____Si alguien me ha incluido como dependiente/cónyuge/ pareja en su declaración de impuestos en el último año, contribuye con esta cantidad $_____ para mis gastos mensuales de comida, ropa, alojamiento y necesidades personales para mí y/o mis hijos.

_____ No recibo ninguna pensión alimenticia para mi(s) hijo(s).

_____No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

_____ Soy un padre de acogida designado por el CPS y no tengo ninguna responsabilidad financiera de este cliente en perspectiva.

_____ Debido a que soy desamparado, este importe $_____ es aportado cada mes para mis gastos mensuales de comida, ropa, refugio y necesidades personales para mí y/o mi(s) hijo(s), por (nombre del individuo)_____ relación con el cliente._____.

_____ _____

Firma del cliente Fecha Preparado por Firma Fecha

_____

Firma de los padres o tutores Fecha

PERMIACARE
Declaración de derechos del cliente

Todos los clientes de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica tienen los siguientes derechos.

1). Tiene derecho a un entorno humano que proporcione una protección razonable contra el daño y una apropiada privacidad para sus necesidades personales.
2). Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
3). Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
4). Tiene derecho a un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades.
5). Tiene derecho a que le informen de las normas y reglamentos del programa antes de ser admitido.
6). Tiene derecho a que se le informe antes de la admisión: el tratamiento que se le dará, los riesgos, los efectos secundarios y los beneficios de todos los medicamentos y el tratamiento que recibirá, los demás tratamientos disponibles y lo que puede suceder si rechaza el tratamiento.
   a). la condición que debe ser tratada
   b). el tratamiento propuesto.
   c). los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos;
   e). otros tratamientos que estén disponibles y cuáles, si es que hay alguno, podrían ser apropiados para usted.
7). Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
8). Si acepta el tratamiento o la medicación, tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento (a menos de que sea específicamente restringido por la ley).
9). Tiene derecho a un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades y tiene derecho a participar en el desarrollo de ese plan.
10). Tiene derecho a reunirse con el personal para revisar y actualizar el plan con regularidad.
11). Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que ello afecte a su tratamiento.
12). Tiene derecho a no recibir medicación innecesaria o excesiva.
13). Tiene derecho a no ser retenido o colocado en una habitación cerrada por sí mismo a menos que sea peligroso a sí mismo o a otros.
14). Tiene el derecho de comunicarse con personas fuera de la facilidad. Esto incluye el derecho a tener visitas, a hacer llamadas telefónicas, y enviar y recibir correo sellado. Este derecho puede ser restringido individualmente por su médico o la persona a cargo del programa si es necesario para su tratamiento, o para la seguridad, pero incluso entonces puede contactar con un abogado o con el DSHS en cualquier momento razonable.
15). Tiene derecho a que se le informe por adelantado de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios que la facilidad conozca.
16). Tiene derecho a recibir una explicación de su tratamiento o de sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento.
17). Si usted consintió en el tratamiento, tiene derecho a abandonar la facilidad dentro de cuatro horas o a solicitar la liberación, a menos que un médico determina que usted representa una amenaza para sí mismo o para otros.
18). Tiene derecho a presentar una reclamación y a recibir una respuesta justa de la institución en un plazo razonable.
19). Tiene derecho a quejarse directamente al Departamento de Servicios de Salud del Estado en cualquier momento razonable.
20). Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de ser admitido, incluyendo la dirección y el teléfono del DSHS.
21). Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos en términos sencillos, de forma que los entienda, dentro de las 24 horas de haber sido admitido.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma del padre o la madre (si corresponde) Fecha

_____ _____
Miembro del personal que proporciona la explicación : Fecha

PERMIACARE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del participante:_____ **Caso #:**_____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

PermiaCare ofrece servicios a los participantes que tienen problemas emocionales, de desarrollo y de abuso de sustancias. Los miembros del personal están capacitados para proporcionar el tratamiento adecuado según sea necesario para ayudar al participante.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

A. Entiendo que mi consentimiento para los servicios es voluntario, a menos que el Tribunal lo ordene, y puedo terminar los servicios cuando lo desee, a menos que el Tribunal lo ordene.

B. Entiendo que tengo derecho a una explicación de las consecuencias, riesgos y beneficios comunes o probables de los servicios. Además, entiendo que puedo apelar cualquier decisión del personal con respecto a mi cuidado.

CONFIDENCIALIDAD

A. De conformidad con las leyes estatales y federales, la información que se mantenga sobre mí en esta agencia estará protegida contra la divulgación no autorizada. No se enviará ninguna información a mi empleador, familiares, amigos o cualquier otra persona, a menos que se discuta conmigo con antelación y se obtenga el permiso correspondiente. La divulgación está permitida por las leyes estatales y federales para situaciones que pueden ser aplicables a mí, tales como:
   1. En interés de la seguridad pública (situaciones de peligro para la vida).
   2. En respuesta a una orden judicial.
   3. Cuando las leyes estatales exigen que se revele información (por ejemplo, sospecha de abuso de niños o adultos, enfermedad contagiosa).
   4. Cuando se requiera para el propósito de auditorías de gestión, evaluación de programas o investigación, los miembros del personal pueden revelar información a personal calificado, pero dicho personal no puede identificarme directa o indirectamente en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, ni tampoco revelar mi identidad de ninguna manera.
   5. La información puede ser intercambiada entre los componentes del Departamento de Salud Mental y Retraso Mental de Texas (otros centros de salud mental, hospitales estatales y escuelas estatales) y Advocacy Incorporated cuando dicha información sea necesaria en la investigación de una reclamación presentada por mí o en mi nombre si no tengo un tutor legal. Se exceptúan de esta divulgación, sin consentimiento escrito, los registros sujetos al privilegio de abogado-participante.

B. El costo de los servicios se me ha explicado de una manera que entiendo.

C. Entiendo que recibir servicios de PermiaCare no obliga al personal de PermiaCare a testificar o prestar declaración en ningún tribunal.

Al firmar este consentimiento, reconozco que:
Círculo uno

1. Tengo 18 años o más y no he sido declarado incompetente por un Tribunal de Justicia, o (marque uno)
   a. Soy el tutor legal del participante que va a ser atendido, si dicho participante tiene 18 años o más, o
   b. Soy el padre/tutor legalmente designado o un adulto autorizado del participante a quien se prestará servicio, si dicho participante tiene 18 años de edad o menos, o
   c. Tengo al menos 16 años de edad y estoy legalmente facultado para dar mi consentimiento para los servicios según las condiciones descritas en la Sección 2.20.00/00 del manual de Políticas y Procedimientos del Centro y/o las disposiciones aplicables de las Secciones 32.003, 32.004 y 32.005 del Código Familiar de Texas.

Estoy de acuerdo con el tratamiento que ofrece el Programa del Área para:

☐ Mí mismo ☐ Mi hijo ☐ La persona para la que soy representante legalmente autorizado

En el caso de que no pueda traer a mi hijo menor de edad o a la persona de la que soy tutor o custodio legal al Programa, entonces doy _____permiso para traer al participante al Programa y participar en el tratamiento según sea necesario.

_____ _____
Firma del participante Fecha Firma del testigo Fecha

_____
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

PERMIACARE

Nombre del participante:_____ Caso #. _____

ATENCIÓN DE EMERGENCIA, CONSENTIMIENTO Y CONTACTOS

(Obligatorio para todos los participantes)

En caso de que se produzca una enfermedad o un accidente repentino, autorizo a PermiaCare a que obtenga atención médica para mí del médico u hospital accesible más cercano. Autorizo al médico responsable a proporcionar atención médica, quirúrgica, de rayos X o cualquier otro tipo de atención médica o dental apropiada, según su criterio, sea adecuada y necesaria.

_____ _____

Firma del participante Fecha Firma del testigo Fecha

_____ _____

Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

Entiendo que al organizar dichos servicios, el PermiaCare para la Salud Mental y el Retraso Mental no asume ninguna responsabilidad por los servicios prestados o los costos incurridos en ellos.

CONTACTO DE EMERGENCIA: **MÉDICO DE EMERGENCIA:**

Nombre:_____ Nombre :_____

Dirección:_____ Dirección:_____

Ciudad:_____ City:_____

Estado:_____ CP _____ Ciudad:_____ CP _____

Teléfono: (casa)_____ (Trabajo)_____ Teléfono: _____

Alergias a los medicamentos:_____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRANSPORTE

(Completar si es aplicable)

Por la presente autorizo a PermiaCare a que me proporcione servicios de transporte. Este servicio puede incluir el transporte hacia y desde el Centro y el hogar, así como para la participación en las actividades del Centro que requieran transporte.

_____ _____

Firma del participante Fecha Firma del testigo Date

_____

Firma del padre o del representante legalmente autorizado Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
Formulario de confirmación de la educación

Nombre del cliente: _____ **Caso N.:** _____

EDUCACIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la tuberculosis. Se me ofreció una recomendación para un examen voluntario y confidencial de tuberculosis.
Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PRODUCTOS DE TABACO Y EDUCACIÓN SOBRE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre los riesgos para la salud de los productos de tabaco y la adicción a la nicotina.
Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

EDUCACIÓN SOBRE LA HEPATITIS B Y C

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la Hepatitis B y C. También se me ha ofrecido una recomendación para la detección voluntaria y confidencial de la Hepatitis C.

Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

EDUCACIÓN SOBRE EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta información educativa incluye una definición de VIH y SIDA, métodos de transmisión y métodos de prevención.

Además, me ofrecieron análisis voluntarios, anónimos o confidenciales y servicios de asesoramiento sobre las infecciones de VIH y la sífilis. También se me ofreció una recomendación para una detección voluntaria y confidencial de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Se me ha explicado y entiendo que estos servicios y recomendaciones son rutinarios para este centro y se ofrecen a cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PERMIACARE
CONSENTIMIENTO PARA TOMAR Y UTILIZAR FOTOGRAFÍAS

Cliente: Caso No.: _____

Con mi firma a continuación, doy a PermiaCare mi consentimiento para entrevistar, fotografiar, filmar y/o grabar a _____ para los siguientes usos:
(Nombre del individuo

_____
_____
_____

Entiendo que los materiales pueden ser reproducidos, reimpresos o republicados en cualquier forma y en cualquier momento por esta organización, excepto en los casos en que se restrinja de las siguientes maneras (por ejemplo, límites de tiempo o límites en el uso del nombre de la persona)

_____
_____
_____

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento o revisar las restricciones del mismo en cualquier momento. También entiendo que la organización no es responsable de ninguna acción tomada en base a mi consentimiento, tal y como se ha dado aquí, antes de que el consentimiento sea retirado o revisado. Para retirar o modificar mi consentimiento, debo contactar con la organización en:

_____
_____
_____

_____ _____
Firma del cliente Fecha Firma del testigo Fecha

_____
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
ABUSO DE SUSTANCIAS - CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

(A completar antes de la admisión)

Nombre del cliente:_____ N° del cliente:_____

1. Su condición específica a ser tratada:_____
2. Su tratamiento recomendado:_____
3. Los beneficios esperados del tratamiento:_____
4. Las probables consecuencias para la salud y la salud mental del cliente por no dar su consentimiento:_____
5. Sus efectos secundarios y los riesgos asociados con el tratamiento:_____
6. Cualquier alternativa generalmente aceptada y si una alternativa podría ser apropiada: _____
7. Las calificaciones del personal que proporcionará el tratamiento: _____
8. Nombre del Consejero Principal:_____
9. Sus cargos diarios estimados, incluida una explicación de cualquier servicio que pueda facturarse por separado a un tercero o al cliente, sobre la base de una evaluación de los recursos financieros y las prestaciones de seguro del cliente:_____
10. Los servicios del programa y el proceso de tratamiento:_____
11. Oportunidades para que la familia se involucre en el tratamiento:_____
12. Consecuencias o búsquedas utilizadas para hacer cumplir las reglas del programa:_____

Por favor, que el cliente ponga sus <u>iniciales</u> en lo siguiente:

1. _____Esta información me ha sido explicada en términos simples, no técnicos, en mi idioma primario cuando eso es posible.
2. _____No se ha utilizado ninguna influencia coercitiva o indebida para obtener este consentimiento.
3. _____El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y por cualquier motivo.
4. _____La Declaración de Derechos del Cliente ha sido leída y explicada a mí, la entiendo, y se me ha dado una copia de la misma en esta fecha.
5. _____El procedimiento de quejas del cliente ha sido leído y explicado a mí, lo entiendo, y se me ha dado una copia de esta fecha.
6. _____ha recibido una copia de las reglas/expectativas del programa en esta fecha. He leído y entendido las reglas, incluyendo las reglas sobre visitas, llamadas telefónicas, correo y regalos, etc., incluyendo las violaciones que pueden llevar a una acción disciplinaria o al despido.
7. _____ha recibido una copia de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la Ley de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del Abuso de Drogas.
8. _____ha recibido una copia del formulario de información de contacto para quejas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.
9. _____ha recibido una copia del formulario de información de contacto de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica sobre abuso y negligencia de clientes/quejas.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PermiaCare

Salud mental de niños y adolescentes

FORMULARIO DE INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del cliente: _____ **Caso #:** _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

La escuela a la que el niño asiste actualmente: _____

Dirección de la escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____

Nombre del profesor: _____

Nombre del consejero: _____

Nombre del director: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Si su hijo recibe servicios de otra agencia, por favor, indique cuál es la agencia a continuación.

_____ **SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE NIÑOS**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ **TRIBUNAL DE MENORES/PROBACIÓN**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ **COMISIÓN JUVENIL DE TEXAS**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ **OTROS SERVICIOS SOCIALES**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ _____

Firma del padre o del LAR Fecha

PERMIACARE

Formulario de acuse de recibo del aviso de privacidad de la HIPAA

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

He recibido la notificación de las prácticas de privacidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

_____ _____

Firma del cliente Fecha

Sólo para uso de PermiaCare

Razón por la que no se obtiene el acuse de recibo de la notificación _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma y credenciales del personal Fecha

CR565 rev 5/18

CONSENTIMIENTO DE PERMIACARE PARA UNA CONSULTA DE TELESALUD

Mi médico me ha pedido que participe en una consulta de telesalud. Esto se hará con el personal de PermiaCare.
El propósito es evaluar mi condición actual. Esto se hace a través de una conexión de audio/video con un proveedor de atención médica en PermiaCare.
Entiendo lo siguiente:

1. Yo, mi proveedor de atención médica, o ambos hablaremos a través del enlace de audio/video con el proveedor de atención médica en la sede de PermiaCare.
2. Algunas partes de la sesión pueden ser completadas. Puedo pedir que se termine la sesión en cualquier momento.
3. Entiendo que este procedimiento se hará a través de un enlace de audio/video.
4. Entiendo que hay posibles riesgos con el uso de esta nueva tecnología.
   Estos incluyen, pero no se limitan a:
   - Interrupción o desconexión del enlace.
   - Una imagen que no es lo suficientemente clara para satisfacer las necesidades de la consulta.
   - El enlace de audio/video se realiza a través de Internet. Hay una pequeña posibilidad de que alguien pueda acceder a la consulta.

   Si se produce alguno de estos riesgos, puede ser necesario interrumpir el procedimiento.
5. Autorizo la divulgación de cualquier información relevante que me concierne al proveedor de servicios médicos de PermiaCare, o a sus agentes. La información puede incluir mi nombre, edad, fecha de nacimiento u otra información necesaria para realizar la consulta de telesalud.
6. Entiendo que esta consulta formará parte de mi historial médico que mantiene PermiaCare.
7. Entiendo que no recibiré ninguna compensación por participar en el servicio de consulta de tele-ayuda.
8. Entiendo que debo dar mi consentimiento informado para participar en los servicios de consulta de tele-ayuda.

Certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad. Lo he leído o me lo han leído. Comprendo su contenido. Me ofrezco como voluntario para participar en el servicio de consulta de tele-ayuda arriba mencionado. Autorizo a PermiaCare y a los proveedores de atención médica a realizar los procedimientos que puedan ser necesarios para mi actual condición médica/psicológica.

_____	_____
Nombre del consumidor (en letra de imprenta)	Identificación del consumidor
_____	_____
Firma del consumidor	Fecha
_____	_____
Firma del representante legal autorizado	Fecha
_____	_____
Firma del testigo	Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
PROGRAMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES EXTERNOS
CARTA DE DERECHOS DEL CLIENTE

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

Tiene ciertos derechos como cliente de los programas de abuso de sustancias de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica. Sus derechos están protegidos por la ley y por el Oficial de Derechos del Cliente de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica.

Sus derechos se enumeran a continuación:

1. Tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
2. Si acepta el tratamiento tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento (a menos que la ley lo restrinja específicamente).
3. Tiene derecho a un entorno humano que le proporcione una protección razonable contra el daño y una privacidad apropiada para sus necesidades personales.
4. Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
5. Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
6. Tiene derecho a un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades.
7. Tiene derecho a que le informen sobre las normas y reglamentos del programa antes de ser admitido, incluyendo, sin limitación, las normas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento. Su representante legalmente autorizado, si lo hay, también tiene el derecho de ser y será notificado de las reglas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento.
8. Tiene derecho a que se le informe antes de su admisión sobre:

a. la condición a ser tratada;
b. el tratamiento propuesto;
c. los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos;
d. las probables consecuencias para la salud y la salud mental de rechazar el tratamiento;
e. otros tratamientos disponibles y cuáles, si los hubiera, podrían ser apropiados para usted; y
f. el tiempo de estancia previsto.

9. Tiene derecho a un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades, y tiene derecho a participar en el desarrollo de ese plan.
10. Tiene derecho a reunirse con el personal para revisar y actualizar el plan con regularidad.
11. Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que ello afecte a su atención habitual.
12. Tiene derecho a que la información sobre usted se mantenga en privado y a que se le informe sobre las veces que la información puede ser revelada sin su permiso.
13. Tiene derecho a que se le informe con antelación de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios de la que el centro tenga conocimiento.
14. Tiene derecho a recibir una explicación de su tratamiento o de sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento.
15. Tiene derecho a presentar una queja y a recibir una respuesta justa de la PBCC dentro de un plazo razonable.
16. Usted tiene el derecho de quejarse directamente al Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) en cualquier momento razonable.
17. Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de ser admitido, incluyendo la dirección y el número de teléfono del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS).
18. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos en términos sencillos, de manera que los pueda entender, dentro de las 24 horas de haber sido admitido.

Al firmar este formulario, reconozco que:

1. Los derechos mencionados han sido explicados de una manera que me es comprensible.
2. He recibido una copia escrita de estos derechos.
3. Puedo recibir una explicación del personal a petición de estos derechos en cualquier momento durante el tratamiento.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

CENTRO COMUNITARIO DE LA CUENCA PÉRMICA
PLAN DE TRANSICIÓN PARA CLIENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

Al ser dado de alta de (nombre del programa) _____

Las necesidades, preferencias y el progreso del cliente durante el tratamiento serán evaluados y analizados continuamente. El cliente será asistido a lo largo del proceso de alta con la transición a otros servicios o de vuelta a la comunidad. Las decisiones sobre el cuidado se basan en las necesidades, preferencias y prioridades identificadas del cliente. Estas necesidades y prioridades se evalúan continuamente durante el tratamiento para facilitar el alta oportuna y apropiada y la continuación de los servicios de atención o apoyo y los recursos específicos que se utilizarán para satisfacer esas necesidades.

Este formulario debe ser completado durante la Sesión de Planificación del Alta con el consejero, el cliente y la pareja o el miembro de la familia del cliente si es posible. El cliente debe completar todo excepto el número 11, que lo completa el consejero.

1. Planeo vivir en la siguiente dirección: : _____
   Ciudad, estado y código postal: _____
   Número(s) de teléfono: _____

   _____ Solo o
   _____ Con mis padres nombre(s) _____
   _____ Con familiares nombre(s) _____
   _____ Con amigos nombre(s) _____
   _____ En la institución nombre _____

2. Planeo asistir a los siguientes programas para continuar con mi cuidado posterior. Marque en los espacios en blanco donde planea continuar los servicios. Escriba el nombre del profesional, el programa o centro al que planea asistir.

   _____ Tratamiento en residencia del abuso de sustancias _____
   _____ Asesoramiento del Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios _____
   _____ Colocación en residencia de transición _____
   _____ Terapia individual _____
   _____ Terapia de grupo _____
   _____ Terapia familiar _____
   _____ Terapia de relación conyugal/pareja _____
   _____ Consejería de la Iglesia/Clérigos _____
   _____ Asesoramiento educativo/vocacional _____
   _____ Asesoramiento de empleo _____
   _____ Médico _____
   _____ Psiquiatra _____
   _____ Monitoreo de Medicamentos psicotrópicos _____
   _____ Comunidad de Salud Mental y Retraso Mental (MHMR) _____
   _____ Otros _____

3. Planeo asistir a los siguientes grupos de apoyo para continuar con mi cuidado posterior. Marque en los espacios en blanco el servicio de apoyo al que planea asistir. Escriba el nombre del grupo de apoyo, el programa o centro al que planea asistir.

   _____ Alcohólicos Anónimos (AA) _____
   _____ Narcóticos Anónimos (NA) _____
   _____ Recuperación SMART (Formación de Auto-gestión y recuperación) _____
   _____ Grupo de apoyo basado en la fe _____
   _____ Grupo de Apoyo Religioso _____
   _____ Otros _____

4. Planeo asistir a _____ un número de AA u otros grupos de apoyo cada semana.

CENTRO COMUNITARIO DE LA CUENCA PÉRMICA
PLAN DE TRANSICIÓN PARA CLIENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Tendré un padrino/mentor dentro de _____ días.
Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

5. _____ Planeo cumplir con los requisitos de libertad condicional/parcial (si corresponde).

   Nombre de mi oficial de libertad condicional: _____

6. Planeo continuar mi educación:_____ matriculándome en la escuela_____, GED (Desarrollo educativo general) , u otros (especifique)_____
   _____

7. Actualmente trabajo en_____
   Dirección: _____

8. Con el fin de encontrar un empleo, pienso hacer lo siguiente: _____
   _____
   _____
   _____

9. Nombre de la persona y/o familiar que apoya mi recuperación:: _____

10. La persona o el miembro de la familia que planea participar en las siguientes actividades o grupos de apoyo. Marque en los espacios en blanco el servicio de apoyo al que piensa asistir. Escriba el nombre del grupo de apoyo, el programa o el centro al que planea asistir.

    _____ Terapia Individual _____
    _____ Terapia de grupo _____
    _____ Terapia familiar _____
    _____ Terapia de relación conyuga/pareja _____
    _____ Consejería de la Iglesia/Clérigos_____
    _____ Al Anon _____
    _____ Grupo de apoyo basado en la fe_____
    _____ Grupo de Apoyo Religioso _____
    _____ Otros _____

11. Mi consejero/equipo de tratamiento ha hecho las siguientes recomendaciones y remisiones para los servicios de atención posterior::
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

Al firmar este Plan de Transición, confirmo mi participación en el proceso de planificación del alta y reconozco que he recibido una copia de este plan.

_____ _____
Firma del cliente Fecha Miembro de la familia/pareja Fecha

_____
Firma del personal (incluya las credenciales) Fecha

PERMIACARE
PROGRAMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS
DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Nombre del cliente:_____ Fecha:_____

Nombre del padre o tutor (si corresponde) :_____

Por la presente atestiguo lo siguiente:

Por favor que el cliente o el padre/tutor (si es aplicable) ponga sus iniciales en todas las declaraciones que correspondan.

_____Esto es en referencia directa a mi incapacidad para proporcionar verificación de ingresos o prueba de ausencia de ingresos:

_____Entiendo que el cálculo de elegibilidad de ingresos es consistente con los ingresos anuales del hogar y no con los ingresos anuales personales.

_____No tengo ingresos de cantidades sustanciales y no puedo presentar pruebas de mis ingresos de los últimos 6 meses.

_____Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha_____.

_____No he presentado una declaración de impuestos en el último año, ni nadie me ha incluido como dependiente/cónyuge/persona importante en su declaración de impuestos en el último año.

_____Si alguien me ha incluido como dependiente/cónyuge/ pareja en su declaración de impuestos en el último año, contribuye con esta cantidad $_____ para mis gastos mensuales de comida, ropa, alojamiento y necesidades personales para mí y/o mis hijos.

_____ No recibo ninguna pensión alimenticia para mi(s) hijo(s).

_____No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

_____Soy un padre de acogida designado por el CPS y no tengo ninguna responsabilidad financiera de este cliente en perspectiva.

_____Debido a que soy desamparado, este importe $_____ es aportado cada mes para mis gastos mensuales de comida, ropa, refugio y necesidades personales para mí y/o mi(s) hijo(s), por (nombre del individuo)_____ relación con el cliente_____.

_____ _____

Firma del cliente Fecha Preparado por Firma Fecha

_____

Firma de los padres o tutores Fecha

PERMIACARE

Consentimiento Para Participar En Una Consulta De Telemedicina

Nombre:	Número de caso:

Fecha:	Hora: _____ AM o PM	Fecha de Nacimiento:

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telemedicina con **Insertar nombre del proveedor** una compañía de telesalud que se especializa en telemedicina conductual.

2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para realizar dicha consulta. Entiendo que esta consulta no será lo mismo que una visita directa del paciente/proveedor de atención médica debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que el proveedor de atención médica.

3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que esta videoconsulta se realiza a través de un sistema de comunicación seguro al que es casi imposible que alguien más acceda, pero aún es una posibilidad. Acepto el riesgo muy raro de que esto pueda afectar la confidencialidad. Entiendo que mi proveedor(es) de atención médica o yo mismo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

4. Entiendo que el especialista necesita una persona de atención médica sentada en la habitación conmigo durante la consulta para ayudar en la consulta y ayudar a proporcionar la continuidad de la atención.

5. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas en mi institución para fines de programación y facturación. Otras personas también pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica y el **Insertar nombre del proveedor** consultar al proveedor de atención médica para operar el equipo de video. Las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además entiendo que seré informado de su presencia en la consulta y por lo tanto tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) Omitir detalles específicos de mi historial médico/examen físico que sean personalmente confidenciales para mí; (2) Solicitar al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina: y/o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.

6. Me han explicado las alternativas de la consulta de telemedicina y al elegir participar en una consulta de telemedicina; Entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del **Insertar nombre del proveedor** consultar al proveedor de atención médica.

7. Entiendo que nada de la consulta será grabada o fotografiada.

Autorización para que una persona revele información sobre la evaluación de LTSS (servicios y apoyos a largo plazo) para su recomendación a otra agencia u organización

Nombre:	Número de registro:
Fecha de nacimiento:	Número del seguro social:

☒ Reconozco/autorizo a PermiaCare a usar, revelar, crear, transmitir, mantener la información del individuo o la información de salud protegida (PHI) obtenida al responder a las preguntas del Sistema de Evaluación y Referencia de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS).

Según las preguntas, la información proporcionada puede contener información de identificación personal sobre la persona nombrada en este formulario, incluyendo, sin limitación, descripciones de condiciones físicas, discapacidad intelectual, condiciones de salud mental o trastornos por uso de sustancias, otros tratamientos, procedimientos, medicamentos, pruebas y diagnósticos médicos o de laboratorio, discapacidades, embarazos o pruebas de detección de drogas, descripciones de actividades de la vida diaria, diversas limitaciones funcionales a esas actividades de la vida diaria y otra Información de Salud Individual y/o Protegida u otra información relacionada con beneficios o servicios existentes.

Las respuestas a las preguntas de la Evaluación de LTSS serán compartidas con agencias u organizaciones de referencia que pueden ayudar a satisfacer cualquier necesidad potencialmente identificada de posibles servicios futuros de salud o basados en la comunidad.

Fecha de vencimiento: A menos que se revoque antes, este reconocimiento/autorización vence el: _____
(no excederá de seis años a partir de la fecha de la firma)

Firmas:

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ _____
Firma del representante legalmente autorizado (RLA) Fecha

_____
Relación del RLA con el paciente

Aviso para el individuo:

La firma de este reconocimiento/autorización no garantiza que los servicios se inicien o se proporcionen.

Una vez que usted autorice a PermiaCare a divulgar su información, PermiaCare no se responsabiliza de ninguna divulgación de la información por parte del destinatario.

Usted puede retirar el permiso que le ha dado a PermiaCare para usar o divulgar información médica que lo identifique, a menos que PermiaCare ya haya tomado medidas basadas en su permiso. Debe retirar su permiso por escrito.

Reconocimiento de la educación del paciente y la familia

Nombre del cliente:_____ Caso# _____

La información proporcionada

____**Paquete del Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)**

____**Paquete de información sobre trastornos depresivos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)**

____**Paquete de Esquizofrenia y Trastornos Relacionados del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)**

____**Otro (especificar)**

_____

_____

_____

Reconocimiento del paciente: ***Al firmar, reconozco que se me ha proporcionado información relacionada con mi trastorno de salud mental o el de mis seres queridos. Se me explicó adecuadamente, y se me informó de a quién contactar en caso de que tuviera alguna pregunta.***

_____ _____

Firma del paciente **Fecha**

_____ _____

Personal de PermiaCare/Título **Fecha**

Evaluación de PERMIACARE

Nombre del cliente: _____

Identificación del cliente: _____

Fecha: _____

CONDICIÓN DE FUMADOR DE CIGARRILLOS:

- ○ Fumador activo de todos los días
- ○ Fumador activo de algunos días
- ○ Ex-fumador
- ○ Jamás fumado.
- ○ No se sabe si alguna vez fumó

¿Vive con consumidor(es) de tabaco? □Si □No

DETALLES DEL USO

○ Actualmente usa cigarrillos ○ Actualmente usa la pipa ○ Actualmente usa cigarros ○ Actualmente usa sin humo

○ Actualmente usa otro-e-cig/vap, etc.

○ Cigarrillos usados anteriormente ○ La pipa usada anteriormente ○ Cigarros usados anteriormente

○ Anteriormente se usaba sin humo ○ Anteriormente se usaba otro-e-cig/vape, etc.

Si son otros, por favor especifique: : _____

Número aproximado de años de consumo de tabaco: _____

Cantidad de tabaco consumido por día: _____

¿Alguna vez has intentado dejarlo? ○ Si ○ No

Número de intentos: _____

Fecha aproximada del último intento de abandono: _____

Métodos utilizados en intentos anteriores ☐ Acupuntura ☐ Asesoramiento ☐ Terapia cognitiva conductual ☐ Hipnoterapia ☐ Medicamentos sin receta ☐ Medicamentos con receta ☐ Sin Asistencia (alias Cold Turkey) ☐ N/A ☐ Si es otro, por favor especifique:

DISPOSICIÓN A DEJAR DE FUMAR:

○ No estoy interesado en dejar de fumar ○ Pensando en dejar de fumar en los próximos 30 días ○ Listo para dejar de fumar

REFERENCIA:

○ Referido a: PBCC NRT ○ Otra referencia ○ Sin referencia

○ Proporcionó la tarjeta de Quitline ○ Proporcionó un folleto para dejar de fumar

Otro : Por favor especifique: _____

Doy fe de que se realizó una evaluación cara a cara del consumo de tabaco para este individuo.

Firma del funcionario que completa la evaluación:

Firma del personal: _____

OFERTA DE OPORTUNIDAD DE INSCRIBIRSE PARA VOTAR

1. Si no se ha inscrito para votar en la localidad donde reside ahora, ¿desea inscribirse hoy para votar?

   □ SI □ NO

2. El hecho de solicitar su inscripción en el registro de votantes, o de negarse a solicitarta, no àftectará el monto de la asistencia que le otorga esta agencia.

3. SI NO HA MARCADO NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE ASUMIRA QUE EN ESTA OCASION UD.
   DECIDIO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR. SE LE PEDIRA FIRMAR ABAJO.

4. Si usted desea, podemos ayudarle a lienar el formulario de inscripción de votantes. A usted le toca decidir si quiere pedir o aceptar tal ayuda. Puede lienar la solicitud en privado y depositaria personalmente en le correo.

5. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a ello, o con su derecho a privacidad al decirdir si inscripirse o solicitar su inscripción en el registro de votantes, usted podrá entablar una queja dirigiéndose a: Elections Division of the Secretary of State, PO Box 12060, Austin, Texas 78711, tel. 1-800-252-8683.

6. Si se niega a inscribirse para votar, su decisión se mantendrá confidencial y sólo será utulizada para fines del registro de votantes.

7. Si decide inscribirse para votar, se mantendrá confidencial la información relativa a la oficina en la que presente su solicitud. Reiteramos que esta información sólo será utilizada para fines del registro de votantes.

NEGATIVA A INSCRIBIRSE PARA VOTAR

Me niego a inscribirme hoy para votar.

_____ ___/___/___
Firma del/de la Solicitante Y Fecha

_____
Nombre del/de la Solicitante en letras de molde

8. Doy mi consentimiento para compartir electrónicamente y de otra manera mis registros médicos entre mis proveedores locales de atención médica y el **Insertar nombre del proveedor** especialista, incluidos mis registros de salud mental, cualquier registro de atención médica que contenga información sobre abuso de sustancias, registros de atención médica que contengan información sobre VIH o SIDA, mis registros médicos de atención médica, incluidos, entre otros, pruebas de diagnóstico, exámenes y medicamentos, y los registros médicos de esta consulta.

9. Entiendo que mis registros médicos locales de atención médica contendrán una copia de cualquier registro médico relacionado con esta consulta, y que mis proveedores locales de atención médica trabajarán conmigo con respecto al plan de tratamiento para mi salud mental.

10. En una consulta emergente, entiendo que la responsabilidad de **Insertar nombre del proveedor** especialista consultor es informar a mi médico local y que su responsabilidad concluirá con la terminación de la conexión de videoconferencia.

11. Entiendo que **Insertar nombre del proveedor** no me cobrará directamente por el servicio de telemedicina. La facturación queda a discreción exclusiva de mi proveedor de atención médica que solicita la consulta.

12. He leído este documento detenidamente y entiendo el riesgo y los beneficios de la consulta por teleconferencia y se me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento y por la presente doy mi consentimiento para participar en una visita de telemedicina según los términos descritos en este documento.

    Firma (Cliente): _____ Fecha:_____

    Firma (Proveedor):_____Fecha:_____

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
Procedimiento de reclamación para participantes y clientes

Es la política de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica que se hará todo lo posible para resolver la reclamación de un participante/cliente/miembro de la familia de una manera justa y equitativa, y que todas las reclamaciones de los clientes serán investigadas y resueltas rápidamente de acuerdo con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS).

1) Todos los miembros del personal deberán ser conscientes de las necesidades de un participante/cliente y prestarán mucha atención a aquellas situaciones que podrían llevar a una situación de agravio. Los participantes/clientes pueden presentar sus reclamaciones directamente a cualquier miembro del personal miembro. Los participantes/clientes pueden quejarse de cualquier violación de los derechos del cliente o de las normas del DSHS.
2) Los miembros del personal harán todo lo posible para resolver la reclamación de manera informal, discutiendo la situación o circunstancias con el participante/cliente.
3) Los miembros del personal que estén involucrados no serán incluidos en la aceptación, investigación o toma de decisiones en relación con la reclamación.
4) Los participantes/clientes/miembros de la familia que no puedan resolver su reclamación por medio de la discusión deben poner su reclamación por escrito, incluyendo la fecha y su firma.
5) El personal proporcionará bolígrafos, papel, sobres, franqueo y acceso a un teléfono a petición del interesado para presentar una reclamación. El personal prestará asistencia a los participantes/clientes que no sepan leer o escribir o que tengan dificultades con la lectura o la escritura.
6) El Coordinador del Programa investigará la reclamación y entrevistará al cliente según sea necesario.
7) El coordinador del programa o la persona designada deberá presentar al cliente un informe escrito de la investigación y la disposición inicial en un plazo de siete (7) días.
8) Un cliente que aún esté insatisfecho puede apelar la decisión ante el Coordinador del Programa, y se le entregará un informe escrito de la decisión en un plazo de siete (7) días a partir de la recepción de la reclamación.
9) Un cliente que aún no está satisfecho puede apelar la decisión ante el Director Ejecutivo, y un informe escrito del La decisión se le dará al cliente en un plazo de siete (7) días a partir de la recepción de la reclamación.
10) Un cliente que aún esté insatisfecho puede apelar la decisión ante la Junta Directiva, y un informe escrito de la decisión se dará al cliente en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la reclamación.
11) No habrá represalias, formales o informales, contra un reclamante.
12) El Consejo Regional de la Cuenca Pérmica para el Abuso de Alcohol y Drogas conservará registros completos de todas las reclamaciones en un archivo confidencial durante tres años, pero no en el archivo del caso de un cliente.
13) Los participantes/clientes/miembros de la familia pueden presentar sus reclamaciones en cualquier momento directamente a

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Investigación del Grupo de Cumplimiento sobre el Abuso de Sustancias
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-2823
(800) 832-9623

Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas (para la presentación de reclamaciones contra los médicos con licencia)
1812 Centre Creek Drive, Suite 300
Austin, Texas 78754

Línea directa del Departamento de Servicios Humanos de Texas: (800) 252-5400
Número de servicio de la Comisión de Rehabilitación de Texas: (800) 628-5515
Departamento de Justicia Penal de Texas (TDCJ)
8712 Shoal Creek Blvd., #260
Austin, Texas 78757
(512) 451-8442

Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas - Servicios de Protección Infantil
(800) 252-5400

Reconozco que he leído, se me ha dado una explicación que he comprendido y he recibido una copia del procedimiento de reclamación.

_____ _____
Firma del participante/cliente/miembro de la familia Fecha

_____ _____
Firma del funcionario que proporciona la información: Fecha

PERMIACARE
PLAN DE TRATAMIENTO
SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

Nombre del cliente : _____ Caso # : _____

Fecha del plan : _____ RU # : _____

Problema/Necesidad (***obligatorio***) _____

Objetivo:

_____ El cliente podrá informar de los problemas y/o progresos con respecto a la sintomatología en cada cita médica.

_____ El cliente demostrará una reducción de los síntomas que resultará en el alta del tratamiento activo.

_____ El cliente regresará al nivel más alto de funcionamiento posible resultando en el alta del tratamiento activo.

Estrategia:

El cliente participará en los servicios relacionados con los medicamentos proporcionados por el médico y/o la enfermera registrada al menos una vez cada 90 días durante un máximo de 45 minutos o según lo acordado por el consumidor de acuerdo con las órdenes del médico para incluir:

_____ 1103	Administración de la inyección
_____ 1102E	Servicios relacionados con la medicación (formación, administración, control por parte del personal de enfermería solamente)
_____ 1102A	Gestión farmacológica
_____ 1102B	Los servicios relacionados con la medicación inciden con los servicios del médico
_____ 1101	Diagnostico psiquiátrico
_____ 142	Gestión del caso
_____ 1505	Servicios de intervención en crisis
_____ 1508$	Apoyos de comunidad flexibles
_____ Q3014	Facilitación de telemedicina

_____ _____
Firma del cliente / Fecha Firma del LPHA / Credenciales / Título / Fecha

_____ _____
Padre / Representante legalmente autorizado / Fecha Firma del Administrador del caso / Credenciales / Título / Fecha

_____ _____
Fecha estimada de realización Fecha del próximo examen

Notificación de denegación de servicios

Nombre del cliente _____ Caso #_____

Fecha: _____

Basándose en la evaluación de admisión completada el _____, PermiaCare ha determinado que usted no cumple con los criterios necesarios para ser admitido en la Clínica de Salud Mental de PermiaCare. Las razones de esta determinación son las siguientes:

(Marque todas las opciones que correspondan)

___ No cumple con el requisito de la necesidad de intervención ___ Un solo diagnóstico de RM, PDD o trastorno de SA.

___ No califica para el nivel de atención ___ Residente de un centro de cuidados intensivos o de enfermería.

___ Falta de necesidad médica. ___ Recibiendo los servicios necesarios de otro proveedor

___ No reside en la zona de captación ___ Rechaza los servicios

Se proporcionaron la(s) siguiente(s) recomendación(es) y referencia(s):

_____
_____
_____

Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar utilizando la "Notificación del proceso de apelación" que se le ha proporcionado por escrito. Siéntase libre de contactarnos en el futuro si su situación y/o síntomas cambian o empeoran.

Al firmar, usted reconoce que entiende la causa de la negación y que ha recibido la explicación por escrito. Su firma no significa necesariamente que esté de acuerdo con la decisión.

_____ _____

Firma del cliente Firma del personal

_____

Firma LAR

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Nº 1 AD066

Revisado	Reemplaza	Aprobado:
9/20/2024	1AD066 8/20/2024	Chris Barnhill Consejero Delegado

ASUNTO: PROCEDIMIENTO DE QUEJAS/RECLAMOS

PROPÓSITO

Definir el procedimiento de quejas para las personas que reciben servicios de los programas de PermiaCare, incluidos los programas financiados y/o autorizados por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Es la práctica de PermiaCare proporcionar a todas las personas atendidas, sus representantes legalmente autorizados (LAR) o cualquier otra persona, con el consentimiento de la persona, un método para expresar sus preocupaciones o insatisfacción, asistencia para hacerlo de manera constructiva y para que esas inquietudes sean revisadas y resueltas.

PROCEDIMIENTO

1. Se espera que todo el personal de PermiaCare se asegure de que nuestros clientes reciban la mejor experiencia de servicio posible. Creemos que, en la medida en que sea razonable, nuestros clientes no deberían tener que esperar a que se produzcan procesos administrativos para que se resuelvan sus quejas. Si algún miembro del equipo de PermiaCare puede resolver una queja en el acto, debe hacerlo.

   Un cliente puede presentar una queja en cualquier momento. Siempre que un cliente, su representante legalmente autorizado o cualquier otra persona con el consentimiento del cliente exprese insatisfacción con cualquier aspecto de su experiencia de servicio, el miembro del personal que reciba la queja tomará todas las medidas razonables para resolver la queja de inmediato. Si la queja no puede resolverse a satisfacción del cliente, el miembro del personal receptor ayudará al cliente a comunicarse con el Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare para presentar una queja formal. Este contacto puede ocurrir a través de cualquier medio preferido por el cliente, incluyendo teléfono, carta u otra forma escrita, correo electrónico, etc. Todas las quejas relacionadas con los derechos del cliente deben enviarse al Defensor de los Derechos del Cliente para que tome las medidas y el seguimiento adecuados.

Cuando un cliente desea presentar una queja por escrito pero no puede leer ni escribir, el personal de PermiaCare le brindará asistencia para generar la queja. Cualquier cliente puede solicitar materiales de redacción, franqueo y acceso a un teléfono con el fin de presentar una queja, que será proporcionado por PermiaCare

2. En el momento de la admisión a los servicios y anualmente a partir de entonces, PermiaCare proporcionará a todas las personas atendidas y a sus representantes legalmente autorizados una notificación por escrito en un idioma o método que entienda la persona del procedimiento de resolución de quejas de PermiaCare. En dicha notificación se explicará:

   a. Un proceso fácil de entender para solicitar una revisión de sus preocupaciones o insatisfacción.
   b. Cómo la persona puede recibir asistencia para solicitar la revisión
   c. que el personal de PermiaCare está disponible para ayudar durante todo el proceso
   d. los plazos para la revisión; y
   e. el método por el cual se informa a la persona del resultado de esa revisión.

3. Una queja puede incluir, entre otros, problemas relacionados con:

   a. seguridad
   b. Infracción de derechos
   c. Trato insatisfactorio por parte de un miembro del personal
   d. Los sitios de servicio de seguridad
   e. La funcionalidad de los sitios de servicio
   f. La limpieza de los sitios de servicio
   g. La accesibilidad de los sitios de servicio
   h. la accesibilidad de los horarios de servicio
   i. preocupaciones sobre la calidad de los servicios prestados
   j. Denegaciones de solicitudes de servicio
   k. determinaciones adversas.

   El personal correspondiente, incluidos los administradores, directores de programas o supervisores, será notificado de inmediato cuando se reciban quejas relacionadas con abuso, seguridad o problemas de salud.

4. Las quejas que involucren abuso, negligencia o explotación se remitirán inmediatamente al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas (TDPRS).

5. La información de contacto del Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare y una copia de este procedimiento se exhibirán de manera visible en cada ubicación de servicio operada por PermiaCare.

6. Cuando se entera de una queja, el Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare se comunica con la persona dentro de las 24 horas e informará al denunciante sobre el proceso de queja, incluidos los plazos previstos. El Defensor de los Derechos del Cliente (CRA, por sus siglas en inglés) proporcionará una respuesta por escrito al cliente dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja y tomará medidas para resolver todas las quejas de manera rápida y justa. En ningún momento ningún empleado o representante de PermiaCare restringirá, desalentará o interferirá con la comunicación del cliente con un abogado o con la HHSC con el fin de presentar una queja.

   El Defensor de los Derechos del Cliente comenzará su acción sobre la queja dentro de un día hábil después de la recepción. PermiaCare tiene un objetivo de menos de 10 días para la resolución de todas las quejas. El Defensor de los Derechos del Cliente permanecerá en comunicación con el cliente durante todo el proceso de resolución de quejas. Este Defensor de los Derechos del Cliente puede ponerse en contacto con el demandante durante este proceso para recopilar más información. Al final de la investigación del Defensor de los Derechos del Cliente, se contactará al cliente y se le informará de la disposición de su queja.

7. Además de garantizar que se resuelvan las quejas de los clientes, el Defensor de los Derechos del Cliente también es responsable de rastrear y documentar todas las quejas a lo largo del proceso, desde la recepción hasta la resolución final. La resolución en este procedimiento significa tomar una determinación en cuanto a si una queja está fundamentada, no está fundamentada o no puede ser fundamentada. El Defensor de los Derechos del Cliente trabajará con el cliente y el personal del Centro para asegurarse, en todos los casos en que sea posible y razonable, que el demandante esté satisfecho con el resultado de su queja, independientemente de la disposición de la resolución. En todo momento, el demandante mantendrá el derecho de ponerse en contacto directamente con la organización de supervisión apropiada en relación con su queja.

8. El Defensor de los Derechos del Cliente agregará e informará regularmente sobre las quejas al Director Ejecutivo de PermiaCare. Este informe incluirá casos en los que los clientes no quedaron satisfechos con el resultado de su queja. El CEO los evaluará para determinar si el problema amerita o no una corrección sistémica.

9. El proceso de resolución de quejas se revisa con la persona a la que se le notifica y/o su representante legalmente autorizado en su idioma principal al inicio de los servicios y anualmente a partir de entonces.

10. En cualquier momento durante este proceso, la persona a la que se le hace la entrega legal o su LAR pueden comunicarse con la HHSC al

    Health and Human Services Commission
    Compliant and Incident Intake
    Mail Code E-249
    P.O. Box 149030
    Austin, TX 78714-9030

    Compliant Hotline: 1-800-458-9858, option 6
    Email: cii.sa@hhs.texas.gov
    Fax: 883-709-5735

    Los clientes pueden presentar quejas directamente al HHSC en cualquier momento utilizando la información de contacto anterior.

11. El personal de PermiaCare no tomará represalias contra los clientes que ejerzan su derecho a presentar una queja, ni restringirá o disuadirá a un cliente de ejercer este derecho.

PERMIACARE
PROGRAMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS
DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Nombre del cliente:_____ Fecha:_____

Nombre del padre o tutor (si corresponde) :_____

Por la presente atestiguo lo siguiente:

Por favor que el cliente o el padre/tutor (si es aplicable) ponga sus iniciales en todas las declaraciones que correspondan.

_____Esto es en referencia directa a mi incapacidad para proporcionar verificación de ingresos o prueba de ausencia de ingresos:

_____Entiendo que el cálculo de elegibilidad de ingresos es consistente con los ingresos anuales del hogar y no con los ingresos anuales personales.

_____No tengo ingresos de cantidades sustanciales y no puedo presentar pruebas de mis ingresos de los últimos 6 meses.

_____Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha_____.

_____No he presentado una declaración de impuestos en el último año, ni nadie me ha incluido como dependiente/cónyuge/persona importante en su declaración de impuestos en el último año.

_____Si alguien me ha incluido como dependiente/cónyuge/ pareja en su declaración de impuestos en el último año, contribuye con esta cantidad $_____ para mis gastos mensuales de comida, ropa, alojamiento y necesidades personales para mí y/o mis hijos.

_____ No recibo ninguna pensión alimenticia para mi(s) hijo(s).

_____No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

_____Soy un padre de acogida designado por el CPS y no tengo ninguna responsabilidad financiera de este cliente en perspectiva.

_____Debido a que soy desamparado, este importe $_____ es aportado cada mes para mis gastos mensuales de comida, ropa, refugio y necesidades personales para mí y/o mi(s) hijo(s), por (nombre del individuo)_____ relación con el cliente_____.

_____ _____

Firma del cliente Fecha Preparado por Firma Fecha

_____

Firma de los padres o tutores Fecha

Permiacare
Programas de abuso de sustancias
Declaración de certificación

Nombre del cliente:_____ Fecha:_____

Nombre del padre o tutor (si corresponde):_____

Por la presente atestiguo lo siguiente:

Por favor, que el cliente o el padre/tutor (si es aplicable) ponga sus iniciales en todas las declaraciones que correspondan.

_____Esto es en referencia directa a mi incapacidad para proporcionar verificación de ingresos o prueba de ausencia de ingresos:

_____Entiendo que el cálculo de elegibilidad de ingresos es consistente con los ingresos anuales del hogar y no con los ingresos anuales personales.

_____No tengo ingresos de cantidades sustanciales y no puedo presentar pruebas de mis ingresos de los últimos 6 meses.

_____ Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha._____.

_____ No he presentado una declaración de impuestos en el último año, ni nadie me ha incluido como dependiente/cónyuge/persona importante en su declaración de impuestos en el último año.

_____Si alguien me ha incluido como dependiente/cónyuge/ pareja en su declaración de impuestos en el último año, contribuye con esta cantidad $_____ para mis gastos mensuales de comida, ropa, alojamiento y necesidades personales para mí y/o mis hijos.

_____ No recibo ninguna pensión alimenticia para mi(s) hijo(s).

_____No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

_____ Soy un padre de acogida designado por el CPS y no tengo ninguna responsabilidad financiera de este cliente en perspectiva.

_____ Debido a que soy desamparado, este importe $_____ es aportado cada mes para mis gastos mensuales de comida, ropa, refugio y necesidades personales para mí y/o mi(s) hijo(s), por (nombre del individuo)_____ relación con el cliente._____.

_____ _____

Firma del cliente Fecha Preparado por Firma Fecha

_____

Firma de los padres o tutores Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
Procedimiento de reclamación para participantes y clientes

Es la política de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica que se hará todo lo posible para resolver la reclamación de un participante/cliente/miembro de la familia de una manera justa y equitativa, y que todas las reclamaciones de los clientes serán investigadas y resueltas rápidamente de acuerdo con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS).

1) Todos los miembros del personal deberán ser conscientes de las necesidades de un participante/cliente y prestarán mucha atención a aquellas situaciones que podrían llevar a una situación de agravio. Los participantes/clientes pueden presentar sus reclamaciones directamente a cualquier miembro del personal miembro. Los participantes/clientes pueden quejarse de cualquier violación de los derechos del cliente o de las normas del DSHS.
2) Los miembros del personal harán todo lo posible para resolver la reclamación de manera informal, discutiendo la situación o circunstancias con el participante/cliente.
3) Los miembros del personal que estén involucrados no serán incluidos en la aceptación, investigación o toma de decisiones en relación con la reclamación.
4) Los participantes/clientes/miembros de la familia que no puedan resolver su reclamación por medio de la discusión deben poner su reclamación por escrito, incluyendo la fecha y su firma.
5) El personal proporcionará bolígrafos, papel, sobres, franqueo y acceso a un teléfono a petición del interesado para presentar una reclamación. El personal prestará asistencia a los participantes/clientes que no sepan leer o escribir o que tengan dificultades con la lectura o la escritura.
6) El Coordinador del Programa investigará la reclamación y entrevistará al cliente según sea necesario.
7) El coordinador del programa o la persona designada deberá presentar al cliente un informe escrito de la investigación y la disposición inicial en un plazo de siete (7) días.
8) Un cliente que aún esté insatisfecho puede apelar la decisión ante el Coordinador del Programa, y se le entregará un informe escrito de la decisión en un plazo de siete (7) días a partir de la recepción de la reclamación.
9) Un cliente que aún no está satisfecho puede apelar la decisión ante el Director Ejecutivo, y un informe escrito del La decisión se le dará al cliente en un plazo de siete (7) días a partir de la recepción de la reclamación.
10) Un cliente que aún esté insatisfecho puede apelar la decisión ante la Junta Directiva, y un informe escrito de la decisión se dará al cliente en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la reclamación.
11) No habrá represalias, formales o informales, contra un reclamante.
12) El Consejo Regional de la Cuenca Pérmica para el Abuso de Alcohol y Drogas conservará registros completos de todas las reclamaciones en un archivo confidencial durante tres años, pero no en el archivo del caso de un cliente.
13) Los participantes/clientes/miembros de la familia pueden presentar sus reclamaciones en cualquier momento directamente a

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Investigación del Grupo de Cumplimiento sobre el Abuso de Sustancias
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-2823
(800) 832-9623

Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas (para la presentación de reclamaciones contra los médicos con licencia)
1812 Centre Creek Drive, Suite 300
Austin, Texas 78754

Línea directa del Departamento de Servicios Humanos de Texas: (800) 252-5400
Número de servicio de la Comisión de Rehabilitación de Texas: (800) 628-5515
Departamento de Justicia Penal de Texas (TDCJ)
8712 Shoal Creek Blvd., #260
Austin, Texas 78757
(512) 451-8442

Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas - Servicios de Protección Infantil
(800) 252-5400

Reconozco que he leído, se me ha dado una explicación que he comprendido y he recibido una copia del procedimiento de reclamación.

_____ _____
Firma del participante/cliente/miembro de la familia Fecha

_____ _____
Firma del funcionario que proporciona la información: Fecha

Evaluación de PERMIACARE

Nombre del cliente: _____

Identificación del cliente: _____

Fecha: _____

CONDICIÓN DE FUMADOR DE CIGARRILLOS:

- ○ Fumador activo de todos los días
- ○ Fumador activo de algunos días
- ○ Ex-fumador
- ○ Jamás fumado.
- ○ No se sabe si alguna vez fumó

¿Vive con consumidor(es) de tabaco? □Si □No

DETALLES DEL USO

○ Actualmente usa cigarrillos ○ Actualmente usa la pipa ○ Actualmente usa cigarros ○ Actualmente usa sin humo

○ Actualmente usa otro-e-cig/vap, etc.

○ Cigarrillos usados anteriormente ○ La pipa usada anteriormente ○ Cigarros usados anteriormente

○ Anteriormente se usaba sin humo ○ Anteriormente se usaba otro-e-cig/vape, etc.

Si son otros, por favor especifique: : _____

Número aproximado de años de consumo de tabaco: _____

Cantidad de tabaco consumido por día: _____

¿Alguna vez has intentado dejarlo? ○ Si ○ No

Número de intentos: _____

Fecha aproximada del último intento de abandono: _____

Métodos utilizados en intentos anteriores ☐ Acupuntura ☐ Asesoramiento ☐ Terapia cognitiva conductual ☐ Hipnoterapia ☐ Medicamentos sin receta ☐ Medicamentos con receta ☐ Sin Asistencia (alias Cold Turkey) ☐ N/A ☐ Si es otro, por favor especifique:

DISPOSICIÓN A DEJAR DE FUMAR:

○ No estoy interesado en dejar de fumar ○ Pensando en dejar de fumar en los próximos 30 días ○ Listo para dejar de fumar

REFERENCIA:

○ Referido a: PBCC NRT ○ Otra referencia ○ Sin referencia

○ Proporcionó la tarjeta de Quitline ○ Proporcionó un folleto para dejar de fumar

Otro : Por favor especifique: _____

Doy fe de que se realizó una evaluación cara a cara del consumo de tabaco para este individuo.

Firma del funcionario que completa la evaluación:

Firma del personal: _____

Proveedor de Salud Pública - Notificación de Elegibilidad del Programa de Atención Caritativa

Nombre del paciente: _____ Caso # _____

El propósito de esta carta es proporcionarle información sobre cómo se financian los servicios de PermiaCare y cuáles son sus responsabilidades de pago si no posee un seguro privado, Medicaid, o Medicare.

Si no tiene cobertura de terceros, se le asignará una Capacidad Máxima de Pago (MAP) por cualquier mes que reciba servicios de PermiaCare. Su pago mensual máximo se basa en una escala móvil de tarifas promulgada por la Comisión de Salud y Servicios Humanos. Esta tarifa se le explica y se anota en su evaluación de tarifas, de la cual puede solicitar una copia de PermiaCare. La tarifa se calcula utilizando sus ingresos y el Límite Federal de Pobreza (FPL). Nunca se le pedirá que pague más que el monto de su MAP.

Los costos restantes asociados con su atención serán cubiertos por el Programa de Atención de Caridad del Proveedor de Salud Pública (PHP-CCP). Si usted es una persona cuyos ingresos son menos del 200 por ciento del FPL, entonces es elegible para la cobertura PHP-CCP. El programa PHP-CCP es un programa financiado por el gobierno federal en el que PermiaCare es elegible para participar debido a nuestra condición de Autoridad Local de Salud Mental.

Si recibe esta carta, se debe considerar una notificación formal de que es elegible para el programa PHP-CCP, y que el costo de los servicios recibidos por encima de su MAP está cubierto al menos parcialmente por este programa. Una vez más, nunca se le pedirá que pague más que su MAP.

No dude en ponerse en contacto con nuestro departamento de elegibilidad de beneficios si tiene alguna pregunta.

Firma : _____ Fecha: _____

PERMIACARE
CONSENTIMIENTO PARA TOMAR Y UTILIZAR FOTOGRAFÍAS

Cliente: Caso No.: _____

Con mi firma a continuación, doy a PermiaCare mi consentimiento para entrevistar, fotografiar, filmar y/o grabar a _____ para los siguientes usos:
(Nombre del individuo

_____
_____
_____

Entiendo que los materiales pueden ser reproducidos, reimpresos o republicados en cualquier forma y en cualquier momento por esta organización, excepto en los casos en que se restrinja de las siguientes maneras (por ejemplo, límites de tiempo o límites en el uso del nombre de la persona)

_____
_____
_____

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento o revisar las restricciones del mismo en cualquier momento. También entiendo que la organización no es responsable de ninguna acción tomada en base a mi consentimiento, tal y como se ha dado aquí, antes de que el consentimiento sea retirado o revisado. Para retirar o modificar mi consentimiento, debo contactar con la organización en:

_____
_____
_____

_____ _____
Firma del cliente Fecha Firma del testigo Fecha

_____
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

COMISIÓN DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS 2025
AUTORIDAD LOCAL
Tabla de Tarifas Mensuales Por Capacidad de Pago

Sección 301.517, título 26 del TAC
Sección 301.111, título 26 del TAC

Tarifa Mensual Máxima Según el Tamaño de la Familia

A Partir del 7 de Febrero de 2025

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
15,650	1,304	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
23,475	1,956	47	0	0	0	0	0	0	0	0	2.50%
26,225	2,185	56	0	0	0	0	0	0	0	0	2.66%
28,975	2,415	66	0	0	0	0	0	0	0	0	2.82%
31,725	2,644	76	47	0	0	0	0	0	0	0	2.98%
34,475	2,873	87	56	0	0	0	0	0	0	0	3.14%
37,225	3,102	99	66	0	0	0	0	0	0	0	3.30%
39,975	3,331	112	76	47	0	0	0	0	0	0	3.46%
42,725	3,560	125	87	56	0	0	0	0	0	0	3.62%
45,475	3,790	139	99	66	0	0	0	0	0	0	3.78%
48,225	4,019	154	112	76	47	0	0	0	0	0	3.94%
50,975	4,248	169	125	87	56	0	0	0	0	0	4.10%
53,725	4,477	185	139	99	66	0	0	0	0	0	4.26%
56,475	4,706	202	154	112	76	47	0	0	0	0	4.42%
59,225	4,935	220	169	125	87	56	0	0	0	0	4.58%
61,975	5,165	238	185	139	99	66	0	0	0	0	4.74%
64,725	5,394	257	202	154	112	76	47	0	0	0	4.90%
67,475	5,623	277	220	169	125	87	56	0	0	0	5.06%
70,225	5,852	297	238	185	139	99	66	0	0	0	5.22%
72,975	6,081	318	257	202	154	112	76	47	0	0	5.38%
75,725	6,310	340	277	220	169	125	87	56	0	0	5.54%
78,475	6,540	363	297	238	185	139	99	66	0	0	5.70%
81,225	6,769	386	318	257	202	154	112	76	47	0	5.86%
83,975	6,998	410	340	277	220	169	125	87	56	0	6.02%
86,725	7,227	435	363	297	238	185	139	99	66	0	6.18%
89,475	7,456	460	386	318	257	202	154	112	76	47	6.34%
92,225	7,685	487	410	340	277	220	169	125	87	56	6.50%
94,975	7,915	514	435	363	297	238	185	139	99	66	6.66%
97,725	8,144	541	460	386	318	257	202	154	112	76	6.82%
100,475	8,373	570	487	410	340	277	220	169	125	87	6.98%
103,225	8,602	599	514	435	363	297	238	185	139	99	7.14%
105,975	8,831	628	541	460	386	318	257	202	154	112	7.30%
108,725	9,060	659	570	487	410	340	277	220	169	125	7.46%
111,475	9,290	690	599	514	435	363	297	238	185	139	7.62%
114,225	9,519	722	628	541	460	386	318	257	202	154	7.78%
116,975	9,748	755	659	570	487	410	340	277	220	169	7.94%
119,725	9,977	788	690	599	514	435	363	297	238	185	8.10%
122,475	10,206	822	722	628	541	460	386	318	257	202	8.26%
125,225	10,435	857	755	659	570	487	410	340	277	220	8.42%
127,975	10,665	892	788	690	599	514	435	363	297	238	8.58%
130,725	10,894	929	822	722	628	541	460	386	318	257	8.74%
133,475	11,123	966	857	755	659	570	487	410	340	277	8.90%
136,225	11,352	1,003	892	788	690	599	514	435	363	297	9.06%
138,975	11,581	1,042	929	822	722	628	541	460	386	318	9.22%
141,725	11,810	1,081	966	857	755	659	570	487	410	340	9.38%
144,475	12,040	1,121	1,003	892	788	690	599	514	435	363	9.54%
147,225	12,269	1,161	1,042	929	822	722	628	541	460	386	9.70%
149,975	12,498	1,202	1,081	966	857	755	659	570	487	410	9.86%
152,725	12,727	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	514	435	10.02%
155,475	12,956	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	541	460	10.18%
158,225	13,185	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	570	487	10.34%
160,975	13,415	1,375	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	514	10.50%
163,725	13,644	1,419	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	541	10.66%
166,475	13,873	1,465	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	570	10.82%
169,225	14,102	1,511	1,375	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	10.98%
171,975	14,331	1,558	1,419	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	11.14%
174,725	14,560	1,606	1,465	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	11.30%

PERMIACARE

Notificación de la recepción de la información

Programas de MH

Inicial/anual

Nombre del cliente:_____ N. I.D. del cliente.#_____

Al firmar abajo, reconozco que he recibido la siguiente información y que fue discutida oralmente conmigo.

_____ ¿Completó y recibió una copia de su Autorización para la Divulgación de Información para la SSA y la HHSC?

_____ ¿Le explicaron sus derechos de privacidad de la HIPAA y le dieron una copia de ellos?

_____ ¿Recibió una copia del Manual de Derechos del Cliente de PermiaCare?

_____ ¿Recibió una copia de la Notificación de Apelaciones?

_____ ¿Recibió información sobre los cargos por servicios comunitarios?

_____ ¿Recibió una copia de la Explicación Anual de Servicios y Apoyos?

_____ ¿Recibió una copia de su Evaluación Financiera?

_____ ¿Se le explicó el programa de telemedicina y usted consiente en usar la telemedicina en su tratamiento?

_____ ¿Se le explicó el consentimiento para los servicios y recibió una copia?

_____ ¿Da su consentimiento para ser fotografiado con fines de identificación?

Firma del cliente Fecha

PERMIACARE

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Yo, _____ confirmo mi comprensión y recepción de:

1) un resumen de los derechos del cliente

2) los procedimientos de reclamación del PC, que incluye la información de la Comisión de Investigación del DSHS

3) Doy permiso al consejo para que reúna y comparta información sobre mí, con el fin de recomendaciones de tratamiento

4) La información dada es exacta en la medida de mis posibilidades

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma del personal del PC: Fecha

PERMIACARE

Derechos del participante

Todos los participantes tienen derecho a:

1. estar libres de abuso, negligencia y explotación;
2. ser tratado con dignidad y respeto; y
3. Presentar una reclamación al programa o al DSHS en cualquier momento.

Los participantes en un programa de intervención también tienen derecho a:

1. un entorno humano que proporcione una protección razonable contra el daño;
2. ser informado de las reglas y regulaciones del programa antes de participar; y
3. aceptar o rechazar los servicios después de haber sido informado de los servicios y responsabilidades.

Cuando los participantes reciben servicios individualizados en un programa de intervención, el proveedor deberá informar a los participantes y a los consentidores (si corresponde) sobre

1. propósitos y objetivos del programa;
2. reglas y regulaciones; y
3. derechos de los participantes.

Los programas que proveen servicios a individuos identificados deberán mantener la confidencialidad de la información de identificación del participante como lo requiere la regulación federal que rige la Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, Código de Regulaciones Federales (CFR), Título 42, Parte 2.

_____ _____

Firma del cliente Fecha

_____ _____

Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____

Firma del Personal (testigo): Fecha

PERMIACARE

Salud mental y Retraso Mental
600 N. Grant Ave. Odessa, Texas 79761
(432) 550-1100 Fax (432) 580-2679

Información necesaria para la investigación

Es Bienvenido sin cita de lunes a jueves, 8:00am -3:00pm

Elegir 1 Artículo En Cada Caja:

• Tarjeta de seguro social • Copia de tarjeta de Seguro Social
• Licencia de conducer • Tarjeta de identificación del cuadro
Comprobante De Ingresos • Forma W2 • El mes pasado Compruebe stubs (2 o 4) según el período de pago del solicitante • Letra de la persona que proporcione ayuda, formulario 4506 si procede y declaración de ingresos cero
• Carta de seguro social, en su caso
• Carta de estampillas de comida, si corresponde
Prueba De Residencia • Factura de electricidad • Contrato de arrendamiento • Correspondencia o carta de la persona en cuya casa vive el solicitante
• Tarjeta o información verificación de seguros seguros

Requisitos adicionales de detección de los niños:

- Nacimiento certificado
- Notariado carta del cuidador principal que los padres están ausentes y se comprometen a ser legalmente y financieramente responsable
- Registro de oficiales de custodia (padres divorciados)
- Tarjeta de Seguro Social del niño

Permiacare
Programas de abuso de sustancias
Declaración de certificación

Nombre del cliente:_____ Fecha:_____

Nombre del padre o tutor (si corresponde):_____

Por la presente atestiguo lo siguiente:

Por favor, que el cliente o el padre/tutor (si es aplicable) ponga sus iniciales en todas las declaraciones que correspondan.

_____Esto es en referencia directa a mi incapacidad para proporcionar verificación de ingresos o prueba de ausencia de ingresos:

_____Entiendo que el cálculo de elegibilidad de ingresos es consistente con los ingresos anuales del hogar y no con los ingresos anuales personales.

_____No tengo ingresos de cantidades sustanciales y no puedo presentar pruebas de mis ingresos de los últimos 6 meses.

_____ Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha._____.

_____ No he presentado una declaración de impuestos en el último año, ni nadie me ha incluido como dependiente/cónyuge/persona importante en su declaración de impuestos en el último año.

_____Si alguien me ha incluido como dependiente/cónyuge/ pareja en su declaración de impuestos en el último año, contribuye con esta cantidad $_____ para mis gastos mensuales de comida, ropa, alojamiento y necesidades personales para mí y/o mis hijos.

_____ No recibo ninguna pensión alimenticia para mi(s) hijo(s).

_____No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

_____ Soy un padre de acogida designado por el CPS y no tengo ninguna responsabilidad financiera de este cliente en perspectiva.

_____ Debido a que soy desamparado, este importe $_____ es aportado cada mes para mis gastos mensuales de comida, ropa, refugio y necesidades personales para mí y/o mi(s) hijo(s), por (nombre del individuo)_____ relación con el cliente._____.

_____ _____

Firma del cliente Fecha Preparado por Firma Fecha

_____

Firma de los padres o tutores Fecha

PERMIACARE
Declaración de derechos del cliente

Todos los clientes de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica tienen los siguientes derechos.

1). Tiene derecho a un entorno humano que proporcione una protección razonable contra el daño y una apropiada privacidad para sus necesidades personales.
2). Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
3). Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
4). Tiene derecho a un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades.
5). Tiene derecho a que le informen de las normas y reglamentos del programa antes de ser admitido.
6). Tiene derecho a que se le informe antes de la admisión: el tratamiento que se le dará, los riesgos, los efectos secundarios y los beneficios de todos los medicamentos y el tratamiento que recibirá, los demás tratamientos disponibles y lo que puede suceder si rechaza el tratamiento.
   a). la condición que debe ser tratada
   b). el tratamiento propuesto.
   c). los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos;
   e). otros tratamientos que estén disponibles y cuáles, si es que hay alguno, podrían ser apropiados para usted.
7). Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
8). Si acepta el tratamiento o la medicación, tiene derecho a cambiar de opinión en cualquier momento (a menos de que sea específicamente restringido por la ley).
9). Tiene derecho a un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades y tiene derecho a participar en el desarrollo de ese plan.
10). Tiene derecho a reunirse con el personal para revisar y actualizar el plan con regularidad.
11). Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que ello afecte a su tratamiento.
12). Tiene derecho a no recibir medicación innecesaria o excesiva.
13). Tiene derecho a no ser retenido o colocado en una habitación cerrada por sí mismo a menos que sea peligroso a sí mismo o a otros.
14). Tiene el derecho de comunicarse con personas fuera de la facilidad. Esto incluye el derecho a tener visitas, a hacer llamadas telefónicas, y enviar y recibir correo sellado. Este derecho puede ser restringido individualmente por su médico o la persona a cargo del programa si es necesario para su tratamiento, o para la seguridad, pero incluso entonces puede contactar con un abogado o con el DSHS en cualquier momento razonable.
15). Tiene derecho a que se le informe por adelantado de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios que la facilidad conozca.
16). Tiene derecho a recibir una explicación de su tratamiento o de sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento.
17). Si usted consintió en el tratamiento, tiene derecho a abandonar la facilidad dentro de cuatro horas o a solicitar la liberación, a menos que un médico determina que usted representa una amenaza para sí mismo o para otros.
18). Tiene derecho a presentar una reclamación y a recibir una respuesta justa de la institución en un plazo razonable.
19). Tiene derecho a quejarse directamente al Departamento de Servicios de Salud del Estado en cualquier momento razonable.
20). Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de ser admitido, incluyendo la dirección y el teléfono del DSHS.
21). Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos en términos sencillos, de forma que los entienda, dentro de las 24 horas de haber sido admitido.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma del padre o la madre (si corresponde) Fecha

_____ _____
Miembro del personal que proporciona la explicación : Fecha

PERMIACARE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre del participante:_____ **Caso #:**_____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

PermiaCare ofrece servicios a los participantes que tienen problemas emocionales, de desarrollo y de abuso de sustancias. Los miembros del personal están capacitados para proporcionar el tratamiento adecuado según sea necesario para ayudar al participante.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

A. Entiendo que mi consentimiento para los servicios es voluntario, a menos que el Tribunal lo ordene, y puedo terminar los servicios cuando lo desee, a menos que el Tribunal lo ordene.

B. Entiendo que tengo derecho a una explicación de las consecuencias, riesgos y beneficios comunes o probables de los servicios. Además, entiendo que puedo apelar cualquier decisión del personal con respecto a mi cuidado.

CONFIDENCIALIDAD

A. De conformidad con las leyes estatales y federales, la información que se mantenga sobre mí en esta agencia estará protegida contra la divulgación no autorizada. No se enviará ninguna información a mi empleador, familiares, amigos o cualquier otra persona, a menos que se discuta conmigo con antelación y se obtenga el permiso correspondiente. La divulgación está permitida por las leyes estatales y federales para situaciones que pueden ser aplicables a mí, tales como:
   1. En interés de la seguridad pública (situaciones de peligro para la vida).
   2. En respuesta a una orden judicial.
   3. Cuando las leyes estatales exigen que se revele información (por ejemplo, sospecha de abuso de niños o adultos, enfermedad contagiosa).
   4. Cuando se requiera para el propósito de auditorías de gestión, evaluación de programas o investigación, los miembros del personal pueden revelar información a personal calificado, pero dicho personal no puede identificarme directa o indirectamente en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, ni tampoco revelar mi identidad de ninguna manera.
   5. La información puede ser intercambiada entre los componentes del Departamento de Salud Mental y Retraso Mental de Texas (otros centros de salud mental, hospitales estatales y escuelas estatales) y Advocacy Incorporated cuando dicha información sea necesaria en la investigación de una reclamación presentada por mí o en mi nombre si no tengo un tutor legal. Se exceptúan de esta divulgación, sin consentimiento escrito, los registros sujetos al privilegio de abogado-participante.

B. El costo de los servicios se me ha explicado de una manera que entiendo.

C. Entiendo que recibir servicios de PermiaCare no obliga al personal de PermiaCare a testificar o prestar declaración en ningún tribunal.

Al firmar este consentimiento, reconozco que:
Círculo uno

1. Tengo 18 años o más y no he sido declarado incompetente por un Tribunal de Justicia, o (marque uno)
   a. Soy el tutor legal del participante que va a ser atendido, si dicho participante tiene 18 años o más, o
   b. Soy el padre/tutor legalmente designado o un adulto autorizado del participante a quien se prestará servicio, si dicho participante tiene 18 años de edad o menos, o
   c. Tengo al menos 16 años de edad y estoy legalmente facultado para dar mi consentimiento para los servicios según las condiciones descritas en la Sección 2.20.00/00 del manual de Políticas y Procedimientos del Centro y/o las disposiciones aplicables de las Secciones 32.003, 32.004 y 32.005 del Código Familiar de Texas.

Estoy de acuerdo con el tratamiento que ofrece el Programa del Área para:

☐ Mí mismo ☐ Mi hijo ☐ La persona para la que soy representante legalmente autorizado

En el caso de que no pueda traer a mi hijo menor de edad o a la persona de la que soy tutor o custodio legal al Programa, entonces doy _____permiso para traer al participante al Programa y participar en el tratamiento según sea necesario.

_____ _____
Firma del participante Fecha Firma del testigo Fecha

_____
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
Formulario de confirmación de la educación

Nombre del cliente: _____ **Caso N.:** _____

EDUCACIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la tuberculosis. Se me ofreció una recomendación para un examen voluntario y confidencial de tuberculosis.
Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PRODUCTOS DE TABACO Y EDUCACIÓN SOBRE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre los riesgos para la salud de los productos de tabaco y la adicción a la nicotina.
Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

EDUCACIÓN SOBRE LA HEPATITIS B Y C

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la Hepatitis B y C. También se me ha ofrecido una recomendación para la detección voluntaria y confidencial de la Hepatitis C.

Entiendo que estos servicios educativos y recomendaciones están disponibles para cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

EDUCACIÓN SOBRE EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Esta información educativa incluye una definición de VIH y SIDA, métodos de transmisión y métodos de prevención.

Además, me ofrecieron análisis voluntarios, anónimos o confidenciales y servicios de asesoramiento sobre las infecciones de VIH y la sífilis. También se me ofreció una recomendación para una detección voluntaria y confidencial de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Se me ha explicado y entiendo que estos servicios y recomendaciones son rutinarios para este centro y se ofrecen a cada persona admitida para los servicios.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PERMIACARE
CONSENTIMIENTO PARA TOMAR Y UTILIZAR FOTOGRAFÍAS

Cliente: Caso No.: _____

Con mi firma a continuación, doy a PermiaCare mi consentimiento para entrevistar, fotografiar, filmar y/o grabar a _____ para los siguientes usos:
(Nombre del individuo

_____
_____
_____

Entiendo que los materiales pueden ser reproducidos, reimpresos o republicados en cualquier forma y en cualquier momento por esta organización, excepto en los casos en que se restrinja de las siguientes maneras (por ejemplo, límites de tiempo o límites en el uso del nombre de la persona)

_____
_____
_____

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento o revisar las restricciones del mismo en cualquier momento. También entiendo que la organización no es responsable de ninguna acción tomada en base a mi consentimiento, tal y como se ha dado aquí, antes de que el consentimiento sea retirado o revisado. Para retirar o modificar mi consentimiento, debo contactar con la organización en:

_____
_____
_____

_____ _____
Firma del cliente Fecha Firma del testigo Fecha

_____
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
ABUSO DE SUSTANCIAS - CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

(A completar antes de la admisión)

Nombre del cliente:_____ N° del cliente:_____

1. Su condición específica a ser tratada:_____
2. Su tratamiento recomendado:_____
3. Los beneficios esperados del tratamiento:_____
4. Las probables consecuencias para la salud y la salud mental del cliente por no dar su consentimiento:_____
5. Sus efectos secundarios y los riesgos asociados con el tratamiento:_____
6. Cualquier alternativa generalmente aceptada y si una alternativa podría ser apropiada: _____
7. Las calificaciones del personal que proporcionará el tratamiento: _____
8. Nombre del Consejero Principal:_____
9. Sus cargos diarios estimados, incluida una explicación de cualquier servicio que pueda facturarse por separado a un tercero o al cliente, sobre la base de una evaluación de los recursos financieros y las prestaciones de seguro del cliente:_____
10. Los servicios del programa y el proceso de tratamiento:_____
11. Oportunidades para que la familia se involucre en el tratamiento:_____
12. Consecuencias o búsquedas utilizadas para hacer cumplir las reglas del programa:_____

Por favor, que el cliente ponga sus <u>iniciales</u> en lo siguiente:

1. _____Esta información me ha sido explicada en términos simples, no técnicos, en mi idioma primario cuando eso es posible.
2. _____No se ha utilizado ninguna influencia coercitiva o indebida para obtener este consentimiento.
3. _____El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y por cualquier motivo.
4. _____La Declaración de Derechos del Cliente ha sido leída y explicada a mí, la entiendo, y se me ha dado una copia de la misma en esta fecha.
5. _____El procedimiento de quejas del cliente ha sido leído y explicado a mí, lo entiendo, y se me ha dado una copia de esta fecha.
6. _____ha recibido una copia de las reglas/expectativas del programa en esta fecha. He leído y entendido las reglas, incluyendo las reglas sobre visitas, llamadas telefónicas, correo y regalos, etc., incluyendo las violaciones que pueden llevar a una acción disciplinaria o al despido.
7. _____ha recibido una copia de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y la Ley de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del Abuso de Drogas.
8. _____ha recibido una copia del formulario de información de contacto para quejas del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.
9. _____ha recibido una copia del formulario de información de contacto de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica sobre abuso y negligencia de clientes/quejas.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

PermiaCare

Salud mental de niños y adolescentes

FORMULARIO DE INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del cliente: _____ **Caso #:** _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA

La escuela a la que el niño asiste actualmente: _____

Dirección de la escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____

Nombre del profesor: _____

Nombre del consejero: _____

Nombre del director: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____

Si su hijo recibe servicios de otra agencia, por favor, indique cuál es la agencia a continuación.

_____ **SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE NIÑOS**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ **TRIBUNAL DE MENORES/PROBACIÓN**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ **COMISIÓN JUVENIL DE TEXAS**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ **OTROS SERVICIOS SOCIALES**

Nombre del encargado del caso: _____

_____ _____

Firma del padre o del LAR Fecha

PERMIACARE

Formulario de acuse de recibo del aviso de privacidad de la HIPAA

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

He recibido la notificación de las prácticas de privacidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

_____ _____

Firma del cliente Fecha

Sólo para uso de PermiaCare

Razón por la que no se obtiene el acuse de recibo de la notificación _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Firma y credenciales del personal Fecha

CR565 rev 5/18

CONSENTIMIENTO DE PERMIACARE PARA UNA CONSULTA DE TELESALUD

Mi médico me ha pedido que participe en una consulta de telesalud. Esto se hará con el personal de PermiaCare.
El propósito es evaluar mi condición actual. Esto se hace a través de una conexión de audio/video con un proveedor de atención médica en PermiaCare.
Entiendo lo siguiente:

1. Yo, mi proveedor de atención médica, o ambos hablaremos a través del enlace de audio/video con el proveedor de atención médica en la sede de PermiaCare.
2. Algunas partes de la sesión pueden ser completadas. Puedo pedir que se termine la sesión en cualquier momento.
3. Entiendo que este procedimiento se hará a través de un enlace de audio/video.
4. Entiendo que hay posibles riesgos con el uso de esta nueva tecnología.
   Estos incluyen, pero no se limitan a:
   - Interrupción o desconexión del enlace.
   - Una imagen que no es lo suficientemente clara para satisfacer las necesidades de la consulta.
   - El enlace de audio/video se realiza a través de Internet. Hay una pequeña posibilidad de que alguien pueda acceder a la consulta.

   Si se produce alguno de estos riesgos, puede ser necesario interrumpir el procedimiento.
5. Autorizo la divulgación de cualquier información relevante que me concierne al proveedor de servicios médicos de PermiaCare, o a sus agentes. La información puede incluir mi nombre, edad, fecha de nacimiento u otra información necesaria para realizar la consulta de telesalud.
6. Entiendo que esta consulta formará parte de mi historial médico que mantiene PermiaCare.
7. Entiendo que no recibiré ninguna compensación por participar en el servicio de consulta de tele-ayuda.
8. Entiendo que debo dar mi consentimiento informado para participar en los servicios de consulta de tele-ayuda.

Certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad. Lo he leído o me lo han leído. Comprendo su contenido. Me ofrezco como voluntario para participar en el servicio de consulta de tele-ayuda arriba mencionado. Autorizo a PermiaCare y a los proveedores de atención médica a realizar los procedimientos que puedan ser necesarios para mi actual condición médica/psicológica.

_____	_____
Nombre del consumidor (en letra de imprenta)	Identificación del consumidor
_____	_____
Firma del consumidor	Fecha
_____	_____
Firma del representante legal autorizado	Fecha
_____	_____
Firma del testigo	Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
PROGRAMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS PARA PACIENTES EXTERNOS
CARTA DE DERECHOS DEL CLIENTE

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

Tiene ciertos derechos como cliente de los programas de abuso de sustancias de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica. Sus derechos están protegidos por la ley y por el Oficial de Derechos del Cliente de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica.

Sus derechos se enumeran a continuación:

1. Tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
2. Si acepta el tratamiento tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento (a menos que la ley lo restrinja específicamente).
3. Tiene derecho a un entorno humano que le proporcione una protección razonable contra el daño y una privacidad apropiada para sus necesidades personales.
4. Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
5. Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
6. Tiene derecho a un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades.
7. Tiene derecho a que le informen sobre las normas y reglamentos del programa antes de ser admitido, incluyendo, sin limitación, las normas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento. Su representante legalmente autorizado, si lo hay, también tiene el derecho de ser y será notificado de las reglas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento.
8. Tiene derecho a que se le informe antes de su admisión sobre:

a. la condición a ser tratada;
b. el tratamiento propuesto;
c. los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos;
d. las probables consecuencias para la salud y la salud mental de rechazar el tratamiento;
e. otros tratamientos disponibles y cuáles, si los hubiera, podrían ser apropiados para usted; y
f. el tiempo de estancia previsto.

9. Tiene derecho a un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades, y tiene derecho a participar en el desarrollo de ese plan.
10. Tiene derecho a reunirse con el personal para revisar y actualizar el plan con regularidad.
11. Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que ello afecte a su atención habitual.
12. Tiene derecho a que la información sobre usted se mantenga en privado y a que se le informe sobre las veces que la información puede ser revelada sin su permiso.
13. Tiene derecho a que se le informe con antelación de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios de la que el centro tenga conocimiento.
14. Tiene derecho a recibir una explicación de su tratamiento o de sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento.
15. Tiene derecho a presentar una queja y a recibir una respuesta justa de la PBCC dentro de un plazo razonable.
16. Usted tiene el derecho de quejarse directamente al Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) en cualquier momento razonable.
17. Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de ser admitido, incluyendo la dirección y el número de teléfono del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS).
18. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos en términos sencillos, de manera que los pueda entender, dentro de las 24 horas de haber sido admitido.

Al firmar este formulario, reconozco que:

1. Los derechos mencionados han sido explicados de una manera que me es comprensible.
2. He recibido una copia escrita de estos derechos.
3. Puedo recibir una explicación del personal a petición de estos derechos en cualquier momento durante el tratamiento.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

_____ _____
Firma de los padres o tutores Fecha

_____ _____
Firma y credenciales del personal Fecha

CENTRO COMUNITARIO DE LA CUENCA PÉRMICA
PLAN DE TRANSICIÓN PARA CLIENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

Al ser dado de alta de (nombre del programa) _____

Las necesidades, preferencias y el progreso del cliente durante el tratamiento serán evaluados y analizados continuamente. El cliente será asistido a lo largo del proceso de alta con la transición a otros servicios o de vuelta a la comunidad. Las decisiones sobre el cuidado se basan en las necesidades, preferencias y prioridades identificadas del cliente. Estas necesidades y prioridades se evalúan continuamente durante el tratamiento para facilitar el alta oportuna y apropiada y la continuación de los servicios de atención o apoyo y los recursos específicos que se utilizarán para satisfacer esas necesidades.

Este formulario debe ser completado durante la Sesión de Planificación del Alta con el consejero, el cliente y la pareja o el miembro de la familia del cliente si es posible. El cliente debe completar todo excepto el número 11, que lo completa el consejero.

1. Planeo vivir en la siguiente dirección: : _____
   Ciudad, estado y código postal: _____
   Número(s) de teléfono: _____

   _____ Solo o
   _____ Con mis padres nombre(s) _____
   _____ Con familiares nombre(s) _____
   _____ Con amigos nombre(s) _____
   _____ En la institución nombre _____

2. Planeo asistir a los siguientes programas para continuar con mi cuidado posterior. Marque en los espacios en blanco donde planea continuar los servicios. Escriba el nombre del profesional, el programa o centro al que planea asistir.

   _____ Tratamiento en residencia del abuso de sustancias _____
   _____ Asesoramiento del Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios _____
   _____ Colocación en residencia de transición _____
   _____ Terapia individual _____
   _____ Terapia de grupo _____
   _____ Terapia familiar _____
   _____ Terapia de relación conyugal/pareja _____
   _____ Consejería de la Iglesia/Clérigos _____
   _____ Asesoramiento educativo/vocacional _____
   _____ Asesoramiento de empleo _____
   _____ Médico _____
   _____ Psiquiatra _____
   _____ Monitoreo de Medicamentos psicotrópicos _____
   _____ Comunidad de Salud Mental y Retraso Mental (MHMR) _____
   _____ Otros _____

3. Planeo asistir a los siguientes grupos de apoyo para continuar con mi cuidado posterior. Marque en los espacios en blanco el servicio de apoyo al que planea asistir. Escriba el nombre del grupo de apoyo, el programa o centro al que planea asistir.

   _____ Alcohólicos Anónimos (AA) _____
   _____ Narcóticos Anónimos (NA) _____
   _____ Recuperación SMART (Formación de Auto-gestión y recuperación) _____
   _____ Grupo de apoyo basado en la fe _____
   _____ Grupo de Apoyo Religioso _____
   _____ Otros _____

4. Planeo asistir a _____ un número de AA u otros grupos de apoyo cada semana.

CENTRO COMUNITARIO DE LA CUENCA PÉRMICA
PLAN DE TRANSICIÓN PARA CLIENTES DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Tendré un padrino/mentor dentro de _____ días.
Nombre del cliente: _____ N. del caso: _____

5. _____ Planeo cumplir con los requisitos de libertad condicional/parcial (si corresponde).

   Nombre de mi oficial de libertad condicional: _____

6. Planeo continuar mi educación:_____ matriculándome en la escuela_____, GED (Desarrollo educativo general) , u otros (especifique)_____
   _____

7. Actualmente trabajo en_____
   Dirección: _____

8. Con el fin de encontrar un empleo, pienso hacer lo siguiente: _____
   _____
   _____
   _____

9. Nombre de la persona y/o familiar que apoya mi recuperación:: _____

10. La persona o el miembro de la familia que planea participar en las siguientes actividades o grupos de apoyo. Marque en los espacios en blanco el servicio de apoyo al que piensa asistir. Escriba el nombre del grupo de apoyo, el programa o el centro al que planea asistir.

    _____ Terapia Individual _____
    _____ Terapia de grupo _____
    _____ Terapia familiar _____
    _____ Terapia de relación conyuga/pareja _____
    _____ Consejería de la Iglesia/Clérigos_____
    _____ Al Anon _____
    _____ Grupo de apoyo basado en la fe_____
    _____ Grupo de Apoyo Religioso _____
    _____ Otros _____

11. Mi consejero/equipo de tratamiento ha hecho las siguientes recomendaciones y remisiones para los servicios de atención posterior::
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

Al firmar este Plan de Transición, confirmo mi participación en el proceso de planificación del alta y reconozco que he recibido una copia de este plan.

_____ _____
Firma del cliente Fecha Miembro de la familia/pareja Fecha

_____
Firma del personal (incluya las credenciales) Fecha

PERMIACARE
PROGRAMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS
DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN

Nombre del cliente:_____ Fecha:_____

Nombre del padre o tutor (si corresponde) :_____

Por la presente atestiguo lo siguiente:

Por favor que el cliente o el padre/tutor (si es aplicable) ponga sus iniciales en todas las declaraciones que correspondan.

_____Esto es en referencia directa a mi incapacidad para proporcionar verificación de ingresos o prueba de ausencia de ingresos:

_____Entiendo que el cálculo de elegibilidad de ingresos es consistente con los ingresos anuales del hogar y no con los ingresos anuales personales.

_____No tengo ingresos de cantidades sustanciales y no puedo presentar pruebas de mis ingresos de los últimos 6 meses.

_____Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha_____.

_____No he presentado una declaración de impuestos en el último año, ni nadie me ha incluido como dependiente/cónyuge/persona importante en su declaración de impuestos en el último año.

_____Si alguien me ha incluido como dependiente/cónyuge/ pareja en su declaración de impuestos en el último año, contribuye con esta cantidad $_____ para mis gastos mensuales de comida, ropa, alojamiento y necesidades personales para mí y/o mis hijos.

_____ No recibo ninguna pensión alimenticia para mi(s) hijo(s).

_____No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

_____Soy un padre de acogida designado por el CPS y no tengo ninguna responsabilidad financiera de este cliente en perspectiva.

_____Debido a que soy desamparado, este importe $_____ es aportado cada mes para mis gastos mensuales de comida, ropa, refugio y necesidades personales para mí y/o mi(s) hijo(s), por (nombre del individuo)_____ relación con el cliente_____.

_____ _____

Firma del cliente Fecha Preparado por Firma Fecha

_____

Firma de los padres o tutores Fecha

PERMIACARE

Consentimiento Para Participar En Una Consulta De Telemedicina

Nombre:	Número de caso:

Fecha:	Hora: _____ AM o PM	Fecha de Nacimiento:

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telemedicina con **Insertar nombre del proveedor** una compañía de telesalud que se especializa en telemedicina conductual.

2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para realizar dicha consulta. Entiendo que esta consulta no será lo mismo que una visita directa del paciente/proveedor de atención médica debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que el proveedor de atención médica.

3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que esta videoconsulta se realiza a través de un sistema de comunicación seguro al que es casi imposible que alguien más acceda, pero aún es una posibilidad. Acepto el riesgo muy raro de que esto pueda afectar la confidencialidad. Entiendo que mi proveedor(es) de atención médica o yo mismo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

4. Entiendo que el especialista necesita una persona de atención médica sentada en la habitación conmigo durante la consulta para ayudar en la consulta y ayudar a proporcionar la continuidad de la atención.

5. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas en mi institución para fines de programación y facturación. Otras personas también pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica y el **Insertar nombre del proveedor** consultar al proveedor de atención médica para operar el equipo de video. Las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además entiendo que seré informado de su presencia en la consulta y por lo tanto tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) Omitir detalles específicos de mi historial médico/examen físico que sean personalmente confidenciales para mí; (2) Solicitar al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina: y/o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.

6. Me han explicado las alternativas de la consulta de telemedicina y al elegir participar en una consulta de telemedicina; Entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del **Insertar nombre del proveedor** consultar al proveedor de atención médica.

7. Entiendo que nada de la consulta será grabada o fotografiada.

Autorización para que una persona revele información sobre la evaluación de LTSS (servicios y apoyos a largo plazo) para su recomendación a otra agencia u organización

Nombre:	Número de registro:
Fecha de nacimiento:	Número del seguro social:

☒ Reconozco/autorizo a PermiaCare a usar, revelar, crear, transmitir, mantener la información del individuo o la información de salud protegida (PHI) obtenida al responder a las preguntas del Sistema de Evaluación y Referencia de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS).

Según las preguntas, la información proporcionada puede contener información de identificación personal sobre la persona nombrada en este formulario, incluyendo, sin limitación, descripciones de condiciones físicas, discapacidad intelectual, condiciones de salud mental o trastornos por uso de sustancias, otros tratamientos, procedimientos, medicamentos, pruebas y diagnósticos médicos o de laboratorio, discapacidades, embarazos o pruebas de detección de drogas, descripciones de actividades de la vida diaria, diversas limitaciones funcionales a esas actividades de la vida diaria y otra Información de Salud Individual y/o Protegida u otra información relacionada con beneficios o servicios existentes.

Las respuestas a las preguntas de la Evaluación de LTSS serán compartidas con agencias u organizaciones de referencia que pueden ayudar a satisfacer cualquier necesidad potencialmente identificada de posibles servicios futuros de salud o basados en la comunidad.

Fecha de vencimiento: A menos que se revoque antes, este reconocimiento/autorización vence el: _____
(no excederá de seis años a partir de la fecha de la firma)

Firmas:

_____ _____
Firma del paciente Fecha

_____ _____
Firma del representante legalmente autorizado (RLA) Fecha

_____
Relación del RLA con el paciente

Aviso para el individuo:

La firma de este reconocimiento/autorización no garantiza que los servicios se inicien o se proporcionen.

Una vez que usted autorice a PermiaCare a divulgar su información, PermiaCare no se responsabiliza de ninguna divulgación de la información por parte del destinatario.

Usted puede retirar el permiso que le ha dado a PermiaCare para usar o divulgar información médica que lo identifique, a menos que PermiaCare ya haya tomado medidas basadas en su permiso. Debe retirar su permiso por escrito.

Reconocimiento de la educación del paciente y la familia

Nombre del cliente:_____ Caso# _____

La información proporcionada

____**Paquete del Trastorno Bipolar del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)**

____**Paquete de información sobre trastornos depresivos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)**

____**Paquete de Esquizofrenia y Trastornos Relacionados del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH)**

____**Otro (especificar)**

_____

_____

_____

Reconocimiento del paciente: ***Al firmar, reconozco que se me ha proporcionado información relacionada con mi trastorno de salud mental o el de mis seres queridos. Se me explicó adecuadamente, y se me informó de a quién contactar en caso de que tuviera alguna pregunta.***

_____ _____

Firma del paciente **Fecha**

_____ _____

Personal de PermiaCare/Título **Fecha**

Evaluación de PERMIACARE

Nombre del cliente: _____

Identificación del cliente: _____

Fecha: _____

CONDICIÓN DE FUMADOR DE CIGARRILLOS:

- ○ Fumador activo de todos los días
- ○ Fumador activo de algunos días
- ○ Ex-fumador
- ○ Jamás fumado.
- ○ No se sabe si alguna vez fumó

¿Vive con consumidor(es) de tabaco? □Si □No

DETALLES DEL USO

○ Actualmente usa cigarrillos ○ Actualmente usa la pipa ○ Actualmente usa cigarros ○ Actualmente usa sin humo

○ Actualmente usa otro-e-cig/vap, etc.

○ Cigarrillos usados anteriormente ○ La pipa usada anteriormente ○ Cigarros usados anteriormente

○ Anteriormente se usaba sin humo ○ Anteriormente se usaba otro-e-cig/vape, etc.

Si son otros, por favor especifique: : _____

Número aproximado de años de consumo de tabaco: _____

Cantidad de tabaco consumido por día: _____

¿Alguna vez has intentado dejarlo? ○ Si ○ No

Número de intentos: _____

Fecha aproximada del último intento de abandono: _____

Métodos utilizados en intentos anteriores ☐ Acupuntura ☐ Asesoramiento ☐ Terapia cognitiva conductual ☐ Hipnoterapia ☐ Medicamentos sin receta ☐ Medicamentos con receta ☐ Sin Asistencia (alias Cold Turkey) ☐ N/A ☐ Si es otro, por favor especifique:

DISPOSICIÓN A DEJAR DE FUMAR:

○ No estoy interesado en dejar de fumar ○ Pensando en dejar de fumar en los próximos 30 días ○ Listo para dejar de fumar

REFERENCIA:

○ Referido a: PBCC NRT ○ Otra referencia ○ Sin referencia

○ Proporcionó la tarjeta de Quitline ○ Proporcionó un folleto para dejar de fumar

Otro : Por favor especifique: _____

Doy fe de que se realizó una evaluación cara a cara del consumo de tabaco para este individuo.

Firma del funcionario que completa la evaluación:

Firma del personal: _____

OFERTA DE OPORTUNIDAD DE INSCRIBIRSE PARA VOTAR

1. Si no se ha inscrito para votar en la localidad donde reside ahora, ¿desea inscribirse hoy para votar?

   □ SI □ NO

2. El hecho de solicitar su inscripción en el registro de votantes, o de negarse a solicitarta, no àftectará el monto de la asistencia que le otorga esta agencia.

3. SI NO HA MARCADO NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE ASUMIRA QUE EN ESTA OCASION UD.
   DECIDIO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR. SE LE PEDIRA FIRMAR ABAJO.

4. Si usted desea, podemos ayudarle a lienar el formulario de inscripción de votantes. A usted le toca decidir si quiere pedir o aceptar tal ayuda. Puede lienar la solicitud en privado y depositaria personalmente en le correo.

5. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a ello, o con su derecho a privacidad al decirdir si inscripirse o solicitar su inscripción en el registro de votantes, usted podrá entablar una queja dirigiéndose a: Elections Division of the Secretary of State, PO Box 12060, Austin, Texas 78711, tel. 1-800-252-8683.

6. Si se niega a inscribirse para votar, su decisión se mantendrá confidencial y sólo será utulizada para fines del registro de votantes.

7. Si decide inscribirse para votar, se mantendrá confidencial la información relativa a la oficina en la que presente su solicitud. Reiteramos que esta información sólo será utilizada para fines del registro de votantes.

NEGATIVA A INSCRIBIRSE PARA VOTAR

Me niego a inscribirme hoy para votar.

_____ ___/___/___
Firma del/de la Solicitante Y Fecha

_____
Nombre del/de la Solicitante en letras de molde

8. Doy mi consentimiento para compartir electrónicamente y de otra manera mis registros médicos entre mis proveedores locales de atención médica y el **Insertar nombre del proveedor** especialista, incluidos mis registros de salud mental, cualquier registro de atención médica que contenga información sobre abuso de sustancias, registros de atención médica que contengan información sobre VIH o SIDA, mis registros médicos de atención médica, incluidos, entre otros, pruebas de diagnóstico, exámenes y medicamentos, y los registros médicos de esta consulta.

9. Entiendo que mis registros médicos locales de atención médica contendrán una copia de cualquier registro médico relacionado con esta consulta, y que mis proveedores locales de atención médica trabajarán conmigo con respecto al plan de tratamiento para mi salud mental.

10. En una consulta emergente, entiendo que la responsabilidad de **Insertar nombre del proveedor** especialista consultor es informar a mi médico local y que su responsabilidad concluirá con la terminación de la conexión de videoconferencia.

11. Entiendo que **Insertar nombre del proveedor** no me cobrará directamente por el servicio de telemedicina. La facturación queda a discreción exclusiva de mi proveedor de atención médica que solicita la consulta.

12. He leído este documento detenidamente y entiendo el riesgo y los beneficios de la consulta por teleconferencia y se me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento y por la presente doy mi consentimiento para participar en una visita de telemedicina según los términos descritos en este documento.

    Firma (Cliente): _____ Fecha:_____

    Firma (Proveedor):_____Fecha:_____

PERMIACARE

Nombre del participante:_____ Caso #. _____

ATENCIÓN DE EMERGENCIA, CONSENTIMIENTO Y CONTACTOS

(Obligatorio para todos los participantes)

En caso de que se produzca una enfermedad o un accidente repentino, autorizo a PermiaCare a que obtenga atención médica para mí del médico u hospital accesible más cercano. Autorizo al médico responsable a proporcionar atención médica, quirúrgica, de rayos X o cualquier otro tipo de atención médica o dental apropiada, según su criterio, sea adecuada y necesaria.

_____ _____

Firma del participante Fecha Firma del testigo Fecha

_____ _____

Firma de los padres o del representante legalmente autorizado Fecha

Entiendo que al organizar dichos servicios, el PermiaCare para la Salud Mental y el Retraso Mental no asume ninguna responsabilidad por los servicios prestados o los costos incurridos en ellos.

CONTACTO DE EMERGENCIA: **MÉDICO DE EMERGENCIA:**

Nombre:_____ Nombre :_____

Dirección:_____ Dirección:_____

Ciudad:_____ City:_____

Estado:_____ CP _____ Ciudad:_____ CP _____

Teléfono: (casa)_____ (Trabajo)_____ Teléfono: _____

Alergias a los medicamentos:_____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRANSPORTE

(Completar si es aplicable)

Por la presente autorizo a PermiaCare a que me proporcione servicios de transporte. Este servicio puede incluir el transporte hacia y desde el Centro y el hogar, así como para la participación en las actividades del Centro que requieran transporte.

_____ _____

Firma del participante Fecha Firma del testigo Date

_____

Firma del padre o del representante legalmente autorizado Fecha

CENTROS COMUNITARIOS DE LA CUENCA PÉRMICA
Procedimiento de reclamación para participantes y clientes

Es la política de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica que se hará todo lo posible para resolver la reclamación de un participante/cliente/miembro de la familia de una manera justa y equitativa, y que todas las reclamaciones de los clientes serán investigadas y resueltas rápidamente de acuerdo con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS).

1) Todos los miembros del personal deberán ser conscientes de las necesidades de un participante/cliente y prestarán mucha atención a aquellas situaciones que podrían llevar a una situación de agravio. Los participantes/clientes pueden presentar sus reclamaciones directamente a cualquier miembro del personal miembro. Los participantes/clientes pueden quejarse de cualquier violación de los derechos del cliente o de las normas del DSHS.
2) Los miembros del personal harán todo lo posible para resolver la reclamación de manera informal, discutiendo la situación o circunstancias con el participante/cliente.
3) Los miembros del personal que estén involucrados no serán incluidos en la aceptación, investigación o toma de decisiones en relación con la reclamación.
4) Los participantes/clientes/miembros de la familia que no puedan resolver su reclamación por medio de la discusión deben poner su reclamación por escrito, incluyendo la fecha y su firma.
5) El personal proporcionará bolígrafos, papel, sobres, franqueo y acceso a un teléfono a petición del interesado para presentar una reclamación. El personal prestará asistencia a los participantes/clientes que no sepan leer o escribir o que tengan dificultades con la lectura o la escritura.
6) El Coordinador del Programa investigará la reclamación y entrevistará al cliente según sea necesario.
7) El coordinador del programa o la persona designada deberá presentar al cliente un informe escrito de la investigación y la disposición inicial en un plazo de siete (7) días.
8) Un cliente que aún esté insatisfecho puede apelar la decisión ante el Coordinador del Programa, y se le entregará un informe escrito de la decisión en un plazo de siete (7) días a partir de la recepción de la reclamación.
9) Un cliente que aún no está satisfecho puede apelar la decisión ante el Director Ejecutivo, y un informe escrito del La decisión se le dará al cliente en un plazo de siete (7) días a partir de la recepción de la reclamación.
10) Un cliente que aún esté insatisfecho puede apelar la decisión ante la Junta Directiva, y un informe escrito de la decisión se dará al cliente en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la reclamación.
11) No habrá represalias, formales o informales, contra un reclamante.
12) El Consejo Regional de la Cuenca Pérmica para el Abuso de Alcohol y Drogas conservará registros completos de todas las reclamaciones en un archivo confidencial durante tres años, pero no en el archivo del caso de un cliente.
13) Los participantes/clientes/miembros de la familia pueden presentar sus reclamaciones en cualquier momento directamente a

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Investigación del Grupo de Cumplimiento sobre el Abuso de Sustancias
1100 West 49th Street
Austin, Texas 78756-2823
(800) 832-9623

Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas (para la presentación de reclamaciones contra los médicos con licencia)
1812 Centre Creek Drive, Suite 300
Austin, Texas 78754

Línea directa del Departamento de Servicios Humanos de Texas: (800) 252-5400
Número de servicio de la Comisión de Rehabilitación de Texas: (800) 628-5515
Departamento de Justicia Penal de Texas (TDCJ)
8712 Shoal Creek Blvd., #260
Austin, Texas 78757
(512) 451-8442

Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas - Servicios de Protección Infantil
(800) 252-5400

Reconozco que he leído, se me ha dado una explicación que he comprendido y he recibido una copia del procedimiento de reclamación.

_____ _____
Firma del participante/cliente/miembro de la familia Fecha

_____ _____
Firma del funcionario que proporciona la información: Fecha

PERMIACARE
PLAN DE TRATAMIENTO
SERVICIOS RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN

Nombre del cliente : _____ Caso # : _____

Fecha del plan : _____ RU # : _____

Problema/Necesidad (***obligatorio***) _____

Objetivo:

_____ El cliente podrá informar de los problemas y/o progresos con respecto a la sintomatología en cada cita médica.

_____ El cliente demostrará una reducción de los síntomas que resultará en el alta del tratamiento activo.

_____ El cliente regresará al nivel más alto de funcionamiento posible resultando en el alta del tratamiento activo.

Estrategia:

El cliente participará en los servicios relacionados con los medicamentos proporcionados por el médico y/o la enfermera registrada al menos una vez cada 90 días durante un máximo de 45 minutos o según lo acordado por el consumidor de acuerdo con las órdenes del médico para incluir:

_____ 1103	Administración de la inyección
_____ 1102E	Servicios relacionados con la medicación (formación, administración, control por parte del personal de enfermería solamente)
_____ 1102A	Gestión farmacológica
_____ 1102B	Los servicios relacionados con la medicación inciden con los servicios del médico
_____ 1101	Diagnostico psiquiátrico
_____ 142	Gestión del caso
_____ 1505	Servicios de intervención en crisis
_____ 1508$	Apoyos de comunidad flexibles
_____ Q3014	Facilitación de telemedicina

_____ _____
Firma del cliente / Fecha Firma del LPHA / Credenciales / Título / Fecha

_____ _____
Padre / Representante legalmente autorizado / Fecha Firma del Administrador del caso / Credenciales / Título / Fecha

_____ _____
Fecha estimada de realización Fecha del próximo examen

Notificación de denegación de servicios

Nombre del cliente _____ Caso #_____

Fecha: _____

Basándose en la evaluación de admisión completada el _____, PermiaCare ha determinado que usted no cumple con los criterios necesarios para ser admitido en la Clínica de Salud Mental de PermiaCare. Las razones de esta determinación son las siguientes:

(Marque todas las opciones que correspondan)

___ No cumple con el requisito de la necesidad de intervención ___ Un solo diagnóstico de RM, PDD o trastorno de SA.

___ No califica para el nivel de atención ___ Residente de un centro de cuidados intensivos o de enfermería.

___ Falta de necesidad médica. ___ Recibiendo los servicios necesarios de otro proveedor

___ No reside en la zona de captación ___ Rechaza los servicios

Se proporcionaron la(s) siguiente(s) recomendación(es) y referencia(s):

_____
_____
_____

Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a apelar utilizando la "Notificación del proceso de apelación" que se le ha proporcionado por escrito. Siéntase libre de contactarnos en el futuro si su situación y/o síntomas cambian o empeoran.

Al firmar, usted reconoce que entiende la causa de la negación y que ha recibido la explicación por escrito. Su firma no significa necesariamente que esté de acuerdo con la decisión.

_____ _____

Firma del cliente Firma del personal

_____

Firma LAR

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Nº 1 AD066

Revisado	Reemplaza	Aprobado:
9/20/2024	1AD066 8/20/2024	Chris Barnhill Consejero Delegado

ASUNTO: PROCEDIMIENTO DE QUEJAS/RECLAMOS

PROPÓSITO

Definir el procedimiento de quejas para las personas que reciben servicios de los programas de PermiaCare, incluidos los programas financiados y/o autorizados por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Es la práctica de PermiaCare proporcionar a todas las personas atendidas, sus representantes legalmente autorizados (LAR) o cualquier otra persona, con el consentimiento de la persona, un método para expresar sus preocupaciones o insatisfacción, asistencia para hacerlo de manera constructiva y para que esas inquietudes sean revisadas y resueltas.

PROCEDIMIENTO

1. Se espera que todo el personal de PermiaCare se asegure de que nuestros clientes reciban la mejor experiencia de servicio posible. Creemos que, en la medida en que sea razonable, nuestros clientes no deberían tener que esperar a que se produzcan procesos administrativos para que se resuelvan sus quejas. Si algún miembro del equipo de PermiaCare puede resolver una queja en el acto, debe hacerlo.

   Un cliente puede presentar una queja en cualquier momento. Siempre que un cliente, su representante legalmente autorizado o cualquier otra persona con el consentimiento del cliente exprese insatisfacción con cualquier aspecto de su experiencia de servicio, el miembro del personal que reciba la queja tomará todas las medidas razonables para resolver la queja de inmediato. Si la queja no puede resolverse a satisfacción del cliente, el miembro del personal receptor ayudará al cliente a comunicarse con el Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare para presentar una queja formal. Este contacto puede ocurrir a través de cualquier medio preferido por el cliente, incluyendo teléfono, carta u otra forma escrita, correo electrónico, etc. Todas las quejas relacionadas con los derechos del cliente deben enviarse al Defensor de los Derechos del Cliente para que tome las medidas y el seguimiento adecuados.

Cuando un cliente desea presentar una queja por escrito pero no puede leer ni escribir, el personal de PermiaCare le brindará asistencia para generar la queja. Cualquier cliente puede solicitar materiales de redacción, franqueo y acceso a un teléfono con el fin de presentar una queja, que será proporcionado por PermiaCare

2. En el momento de la admisión a los servicios y anualmente a partir de entonces, PermiaCare proporcionará a todas las personas atendidas y a sus representantes legalmente autorizados una notificación por escrito en un idioma o método que entienda la persona del procedimiento de resolución de quejas de PermiaCare. En dicha notificación se explicará:

   a. Un proceso fácil de entender para solicitar una revisión de sus preocupaciones o insatisfacción.
   b. Cómo la persona puede recibir asistencia para solicitar la revisión
   c. que el personal de PermiaCare está disponible para ayudar durante todo el proceso
   d. los plazos para la revisión; y
   e. el método por el cual se informa a la persona del resultado de esa revisión.

3. Una queja puede incluir, entre otros, problemas relacionados con:

   a. seguridad
   b. Infracción de derechos
   c. Trato insatisfactorio por parte de un miembro del personal
   d. Los sitios de servicio de seguridad
   e. La funcionalidad de los sitios de servicio
   f. La limpieza de los sitios de servicio
   g. La accesibilidad de los sitios de servicio
   h. la accesibilidad de los horarios de servicio
   i. preocupaciones sobre la calidad de los servicios prestados
   j. Denegaciones de solicitudes de servicio
   k. determinaciones adversas.

   El personal correspondiente, incluidos los administradores, directores de programas o supervisores, será notificado de inmediato cuando se reciban quejas relacionadas con abuso, seguridad o problemas de salud.

4. Las quejas que involucren abuso, negligencia o explotación se remitirán inmediatamente al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas (TDPRS).

5. La información de contacto del Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare y una copia de este procedimiento se exhibirán de manera visible en cada ubicación de servicio operada por PermiaCare.

6. Cuando se entera de una queja, el Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare se comunica con la persona dentro de las 24 horas e informará al denunciante sobre el proceso de queja, incluidos los plazos previstos. El Defensor de los Derechos del Cliente (CRA, por sus siglas en inglés) proporcionará una respuesta por escrito al cliente dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja y tomará medidas para resolver todas las quejas de manera rápida y justa. En ningún momento ningún empleado o representante de PermiaCare restringirá, desalentará o interferirá con la comunicación del cliente con un abogado o con la HHSC con el fin de presentar una queja.

   El Defensor de los Derechos del Cliente comenzará su acción sobre la queja dentro de un día hábil después de la recepción. PermiaCare tiene un objetivo de menos de 10 días para la resolución de todas las quejas. El Defensor de los Derechos del Cliente permanecerá en comunicación con el cliente durante todo el proceso de resolución de quejas. Este Defensor de los Derechos del Cliente puede ponerse en contacto con el demandante durante este proceso para recopilar más información. Al final de la investigación del Defensor de los Derechos del Cliente, se contactará al cliente y se le informará de la disposición de su queja.

7. Además de garantizar que se resuelvan las quejas de los clientes, el Defensor de los Derechos del Cliente también es responsable de rastrear y documentar todas las quejas a lo largo del proceso, desde la recepción hasta la resolución final. La resolución en este procedimiento significa tomar una determinación en cuanto a si una queja está fundamentada, no está fundamentada o no puede ser fundamentada. El Defensor de los Derechos del Cliente trabajará con el cliente y el personal del Centro para asegurarse, en todos los casos en que sea posible y razonable, que el demandante esté satisfecho con el resultado de su queja, independientemente de la disposición de la resolución. En todo momento, el demandante mantendrá el derecho de ponerse en contacto directamente con la organización de supervisión apropiada en relación con su queja.

8. El Defensor de los Derechos del Cliente agregará e informará regularmente sobre las quejas al Director Ejecutivo de PermiaCare. Este informe incluirá casos en los que los clientes no quedaron satisfechos con el resultado de su queja. El CEO los evaluará para determinar si el problema amerita o no una corrección sistémica.

9. El proceso de resolución de quejas se revisa con la persona a la que se le notifica y/o su representante legalmente autorizado en su idioma principal al inicio de los servicios y anualmente a partir de entonces.

10. En cualquier momento durante este proceso, la persona a la que se le hace la entrega legal o su LAR pueden comunicarse con la HHSC al

    Health and Human Services Commission
    Compliant and Incident Intake
    Mail Code E-249
    P.O. Box 149030
    Austin, TX 78714-9030

    Compliant Hotline: 1-800-458-9858, option 6
    Email: cii.sa@hhs.texas.gov
    Fax: 883-709-5735

    Los clientes pueden presentar quejas directamente al HHSC en cualquier momento utilizando la información de contacto anterior.

11. El personal de PermiaCare no tomará represalias contra los clientes que ejerzan su derecho a presentar una queja, ni restringirá o disuadirá a un cliente de ejercer este derecho.

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Nº 1 AD066

Revisado	Reemplaza	Aprobado:
9/20/2024	1AD066 8/20/2024	Chris Barnhill Consejero Delegado

ASUNTO: PROCEDIMIENTO DE QUEJAS/RECLAMOS

PROPÓSITO

Definir el procedimiento de quejas para las personas que reciben servicios de los programas de PermiaCare, incluidos los programas financiados y/o autorizados por la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Es la práctica de PermiaCare proporcionar a todas las personas atendidas, sus representantes legalmente autorizados (LAR) o cualquier otra persona, con el consentimiento de la persona, un método para expresar sus preocupaciones o insatisfacción, asistencia para hacerlo de manera constructiva y para que esas inquietudes sean revisadas y resueltas.

PROCEDIMIENTO

1. Se espera que todo el personal de PermiaCare se asegure de que nuestros clientes reciban la mejor experiencia de servicio posible. Creemos que, en la medida en que sea razonable, nuestros clientes no deberían tener que esperar a que se produzcan procesos administrativos para que se resuelvan sus quejas. Si algún miembro del equipo de PermiaCare puede resolver una queja en el acto, debe hacerlo.

   Un cliente puede presentar una queja en cualquier momento. Siempre que un cliente, su representante legalmente autorizado o cualquier otra persona con el consentimiento del cliente exprese insatisfacción con cualquier aspecto de su experiencia de servicio, el miembro del personal que reciba la queja tomará todas las medidas razonables para resolver la queja de inmediato. Si la queja no puede resolverse a satisfacción del cliente, el miembro del personal receptor ayudará al cliente a comunicarse con el Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare para presentar una queja formal. Este contacto puede ocurrir a través de cualquier medio preferido por el cliente, incluyendo teléfono, carta u otra forma escrita, correo electrónico, etc. Todas las quejas relacionadas con los derechos del cliente deben enviarse al Defensor de los Derechos del Cliente para que tome las medidas y el seguimiento adecuados.

Cuando un cliente desea presentar una queja por escrito pero no puede leer ni escribir, el personal de PermiaCare le brindará asistencia para generar la queja. Cualquier cliente puede solicitar materiales de redacción, franqueo y acceso a un teléfono con el fin de presentar una queja, que será proporcionado por PermiaCare

2. En el momento de la admisión a los servicios y anualmente a partir de entonces, PermiaCare proporcionará a todas las personas atendidas y a sus representantes legalmente autorizados una notificación por escrito en un idioma o método que entienda la persona del procedimiento de resolución de quejas de PermiaCare. En dicha notificación se explicará:

   a. Un proceso fácil de entender para solicitar una revisión de sus preocupaciones o insatisfacción.
   b. Cómo la persona puede recibir asistencia para solicitar la revisión
   c. que el personal de PermiaCare está disponible para ayudar durante todo el proceso
   d. los plazos para la revisión; y
   e. el método por el cual se informa a la persona del resultado de esa revisión.

3. Una queja puede incluir, entre otros, problemas relacionados con:

   a. seguridad
   b. Infracción de derechos
   c. Trato insatisfactorio por parte de un miembro del personal
   d. Los sitios de servicio de seguridad
   e. La funcionalidad de los sitios de servicio
   f. La limpieza de los sitios de servicio
   g. La accesibilidad de los sitios de servicio
   h. la accesibilidad de los horarios de servicio
   i. preocupaciones sobre la calidad de los servicios prestados
   j. Denegaciones de solicitudes de servicio
   k. determinaciones adversas.

   El personal correspondiente, incluidos los administradores, directores de programas o supervisores, será notificado de inmediato cuando se reciban quejas relacionadas con abuso, seguridad o problemas de salud.

4. Las quejas que involucren abuso, negligencia o explotación se remitirán inmediatamente al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas (TDPRS).

5. La información de contacto del Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare y una copia de este procedimiento se exhibirán de manera visible en cada ubicación de servicio operada por PermiaCare.

6. Cuando se entera de una queja, el Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare se comunica con la persona dentro de las 24 horas e informará al denunciante sobre el proceso de queja, incluidos los plazos previstos. El Defensor de los Derechos del Cliente (CRA, por sus siglas en inglés) proporcionará una respuesta por escrito al cliente dentro de los 7 días posteriores a la recepción de la queja y tomará medidas para resolver todas las quejas de manera rápida y justa. En ningún momento ningún empleado o representante de PermiaCare restringirá, desalentará o interferirá con la comunicación del cliente con un abogado o con la HHSC con el fin de presentar una queja.

   El Defensor de los Derechos del Cliente comenzará su acción sobre la queja dentro de un día hábil después de la recepción. PermiaCare tiene un objetivo de menos de 10 días para la resolución de todas las quejas. El Defensor de los Derechos del Cliente permanecerá en comunicación con el cliente durante todo el proceso de resolución de quejas. Este Defensor de los Derechos del Cliente puede ponerse en contacto con el demandante durante este proceso para recopilar más información. Al final de la investigación del Defensor de los Derechos del Cliente, se contactará al cliente y se le informará de la disposición de su queja.

7. Además de garantizar que se resuelvan las quejas de los clientes, el Defensor de los Derechos del Cliente también es responsable de rastrear y documentar todas las quejas a lo largo del proceso, desde la recepción hasta la resolución final. La resolución en este procedimiento significa tomar una determinación en cuanto a si una queja está fundamentada, no está fundamentada o no puede ser fundamentada. El Defensor de los Derechos del Cliente trabajará con el cliente y el personal del Centro para asegurarse, en todos los casos en que sea posible y razonable, que el demandante esté satisfecho con el resultado de su queja, independientemente de la disposición de la resolución. En todo momento, el demandante mantendrá el derecho de ponerse en contacto directamente con la organización de supervisión apropiada en relación con su queja.

8. El Defensor de los Derechos del Cliente agregará e informará regularmente sobre las quejas al Director Ejecutivo de PermiaCare. Este informe incluirá casos en los que los clientes no quedaron satisfechos con el resultado de su queja. El CEO los evaluará para determinar si el problema amerita o no una corrección sistémica.

9. El proceso de resolución de quejas se revisa con la persona a la que se le notifica y/o su representante legalmente autorizado en su idioma principal al inicio de los servicios y anualmente a partir de entonces.

10. En cualquier momento durante este proceso, la persona a la que se le hace la entrega legal o su LAR pueden comunicarse con la HHSC al

    Health and Human Services Commission
    Compliant and Incident Intake
    Mail Code E-249
    P.O. Box 149030
    Austin, TX 78714-9030

    Compliant Hotline: 1-800-458-9858, option 6
    Email: cii.sa@hhs.texas.gov
    Fax: 883-709-5735

    Los clientes pueden presentar quejas directamente al HHSC en cualquier momento utilizando la información de contacto anterior.

11. El personal de PermiaCare no tomará represalias contra los clientes que ejerzan su derecho a presentar una queja, ni restringirá o disuadirá a un cliente de ejercer este derecho.

PERMIACARE

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. FAVOR DE LEERLO CUIDADOSAMENTE.

Cuando usted recibe tratamiento o beneficios (tales como Medicaid) del PermiaCare (MHMR), obtenemos o creamos información médica sobre usted. La información médica puede ser, entre otras, información que tiene que ver con (1) su salud o su estado físico o mental pasado, actual o futuro; (2) la atención médica que usted recibe; y (3) el pago pasado, actual o futuro de su atención médica.

El siguiente aviso le informa sobre nuestra obligación de proteger su información médica, su derecho a la vida privada y cómo podemos usar o divulgar su información médica.

Obligaciones de PermiaCare/MHMR:

- ✯ La ley nos exige que protejamos su información médica privada. Esto quiere decir que no usaremos ni permitiremos que otras personas vean su información médica sin su permiso, excepto de las maneras que describimos en este aviso. Protegeremos su información médica y la mantendremos en reserva. Esta protección se aplica a toda la información médica que tenemos de usted, no importa cuándo ni en dónde haya recibido o buscado los servicios. Cuando usted esté en un centro de PermiaCare/MHMR, no permitiremos que ninguna persona sin autorización lo entreviste, le tome fotos, lo filme ni lo grabe sin su permiso por escrito. No le diremos a nadie que usted buscó, recibe o alguna vez recibió servicios del PermiaCare/MHMR, a menos que la ley nos permita divulgar esa información.
- ✯ Le pediremos su permiso (autorización o consentimiento) por escrito para usar o divulgar su información médica. Hay veces cuando podemos usar o divulgar su información médica sin su permiso, como se explica en este aviso. Si nos da permiso para usar o divulgar su información médica, puede negarlo (revocarlo) en cualquier momento. Si revoca el permiso, no tendremos ninguna responsabilidad legal por haber usado o divulgado su información médica antes de saber que usted había revocado el permiso. Para revocar el permiso, envíe una declaración por escrito, firmada por usted, al centro del MHMR donde dio el permiso, con la fecha y el propósito del permiso y una declaración de que lo quiere revocar.
- ✯ Se requiere que le demos este aviso de nuestras obligaciones legales y normas sobre la vida privada, y tenemos que cumplir con lo que dice el aviso. Podemos cambiar el contenido de este aviso, y, si lo hacemos, distribuiremos copias del nuevo aviso en nuestros centros y en nuestro sitio en la Red, www.permiacare.org. El nuevo aviso se aplicará a toda la información médica que tenemos, no importa si la obtuvimos o la creamos.
- ✯ Nuestros empleados deben proteger su información médica privada como parte de las funciones de su trabajo. No les permitimos a nuestros empleados ver su información médica a menos que la necesiten en el desempeño de su trabajo. Sancionaremos al empleado que no proteja su información médica privada.
- ✯ No divulgaremos información de usted relacionada con el VIH o el SIDA sin su permiso específico por escrito, a menos que la ley nos permita divulgar la información.
- ✯ Si también está en tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, sus expedientes están protegidos por la ley federal y las regulaciones que se encuentran en el Código de Regulaciones Federales, Título 42, Parte 2. La violación de estas leyes que protegen los expedientes sobre el tratamiento del abuso de alcohol o drogas es un delito, y las posibles violaciones se pueden informar a las autoridades adecuadas de conformidad con las regulaciones federales. La ley federal no protege la información sobre un delito que usted cometió en el PermiaCare/MHMR o en contra de cualquier empleado del PermiaCare/MHMR o sobre la amenaza de cometer tal delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre posible maltrato o descuido de niños ni impiden denuncias bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales adecuadas.

Su derecho a la vida privada en PermiaCare/MHMR

- ✯ Usted puede ver u obtener una copia de la información médica que tengamos sobre usted. Hay razones por las cuales no le permitimos ver u obtener una copia de su información médica, y si le negamos su solicitud, le diremos por qué. Puede apelar nuestra decisión en algunas situaciones. Puede optar por recibir un resumen de su información médica en vez de una copia. Si quiere un resumen o una copia de su información médica, es posible que tenga que pagar una tarifa razonable para obtenerlo.
- ✯ Si cree que la información está incorrecta, puede pedir que la corrijamos. No destruiremos ni cambiaremos nuestros expedientes, pero añadiremos la información correcta a los expedientes y anotaremos en ellos que usted nos dio la información.
- ✯ Puede obtener una lista de las veces en los últimos seis años cuando damos información médica sobre usted a otras personas. La lista no enumera las veces que divulgamos información para tratamiento, pago, gestiones de la atención médica, seguridad nacional, cumplimiento de la ley ni cuando divulgamos la información con su permiso. La lista no enumerará divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003. Puede obtener una lista por año sin costo alguno.
- ✯ Puede pedir que limitemos algunas de las maneras en que usamos o divulgamos su información médica. Consideraremos su petición, pero la ley no nos obliga a aceptarla. Si la aceptamos, lo pondremos por escrito y lo cumpliremos, excepto en casos de emergencia. No podemos aceptar limitar el uso o la divulgación de la información que se permite por ley.
- ✯ Puede pedir que nos comuniquemos con usted en un lugar diferente o de alguna manera distinta. Aceptaremos su petición siempre y cuando sea razonable.
- ✯ Puede obtener una copia de este aviso cuando la pida.

Tratamiento, pago y administración de la atención médica

Podemos usar o divulgar su información médica para prestarle atención médica, obtener el pago de la atención médica o para nuestra administración de la atención médica.

La información médica sobre usted se puede intercambiar, sin su permiso, entre centros del MHMR, autoridades locales de la salud mental o el retraso mental, centros de MHMR en la comunidad y contratistas de los servicios de salud mental y retraso mental, con el propósito de tratamiento, pago o administración de la atención médica.

Tratamiento. Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye prestarle atención médica a usted, consultar a otro proveedor médico sobre usted y enviarle a otro proveedor de atención médica. Por ejemplo, podemos usar su información médica para recetarle algún medicamento. También podemos comunicarnos con usted, a menos que nos pida que no lo hagamos, para recordarle de una cita o para ofrecerle tratamientos alternativos u otra información relacionada con la salud que le podría interesar.

Pago. Podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago por prestarle atención médica o para proporcionarle beneficios bajo un plan de salud, como el programa de Medicaid. Por ejemplo, podemos usar su información médica para cobrarle a su compañía de seguros la atención médica que usted recibió.

Aviso a solicitantes y beneficiarios de asistencia económica o de pagos bajo un programa federal de beneficios: cualquier información que nos dé está sujeta a verificación por medio de programas de comparación de datos.

Administración de la atención médica. Podemos usar o divulgar su información médica para la administración de la atención médica.

- ➢ Actividades que mejoran la atención médica, los programas de evaluación y la creación de procedimientos;
- ➢ Administración de casos y coordinación de servicios;
- ➢ Revisión de la competencia, la preparación y el desempeño de los profesionales de la atención médica y de otros;
- ➢ Programas de entrenamiento y resolución de quejas internas;
- ➢ Actividades de acreditación, certificación, expedición de licencias o verificación de referencias;
- ➢ Revisiones médicas, servicios legales o funciones de auditoría; y
- ➢ Planeación y administración de negocios o administración general.

Por ejemplo, podemos usar su información médica para crear procedimientos para prestar atención médica a personas en nuestros centros.

A menos que esté en tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, el MHMR tiene permiso para usar o divulgar su información médica sin su permiso para los siguientes propósitos.

- **Exigencias de la ley.** Podemos usar o divulgar su información médica según exige la ley estatal o federal.
- **Denuncias de posible maltrato o descuido de niños**. Podemos divulgar su información médica a una autoridad del gobierno si es necesario para denunciar el maltrato o descuido de un niño.
- **Amenaza grave a la salud o la seguridad.** Podemos usar o divulgar su información médica al personal médico, policial o judicial si usted u otra persona está en peligro y la información es necesaria para evitar el daño físico.
- **Estudios.** Podemos usar o divulgar su información médica si un consejo de administración de estudios dice que se puede usar para un estudio, o si la información que lo identifique a usted se quita de la información médica. La información que lo identifique a usted se mantendrá en reserva.
- **A una autoridad gubernamental si el MHMR cree que usted es víctima del maltrato.** Podemos divulgar su información médica a una persona legalmente autorizada para investigar una denuncia de que a usted le han maltratado o le han negado sus derechos.
- **Disability Rights Texas** Podemos divulgar su información médica a Disability Rights Texas, de conformidad con la ley federal, para investigar una queja suya o en su nombre.
- **Actividades de supervisión relacionadas con la salud y la salud pública**. Divulgaremos su información médica cuando se nos exija recopilar información sobre enfermedades o lesiones, para estudios de salud pública o para informar sobre estadísticas demográficas.
- **Cumplimiento de requisitos legales.** Podemos divulgar su información médica a un empleado o agente de un doctor u otro profesional que lo atienda, para cumplir con los requisitos legales, de expedición de licencias o de acreditación, siempre y cuando la información se proteja y no se divulgue para ningún otro propósito.
- **Propósitos relacionados con la muerte.** Si se muere, podemos divulgar información médica sobre usted a su representante personal y al examinador médico o al funcionario encargado de investigar su muerte, para identificarlo a usted o para determinar la causa de muerte.
- **A un correccional**. Si está bajo la custodia de un correccional, podemos divulgar su información médica al correccional para poder proporcionarle a usted atención médica.
- **Para localizarlo si se desaparece del centro.** Podemos divulgar alguna información sobre usted a las autoridades policiales y judiciales para que lo puedan localizar y devolver al centro si se desapareció.
- **Programas de beneficios del gobierno.** Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea necesario para administrar un programa de beneficios del gobierno, como Medicaid.
- **A su representante legalmente autorizado (LAR).** Podemos compartir su información médica con una persona nombrada por la corte para representar sus intereses.
- **Si recibe servicios para el retraso mental,** podemos dar información médica sobre su estado físico y mental actual a sus padres, tutor, parientes o amigos.
- **Procesos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su información médica en cualquier proceso penal o civil si un juez administrativo o de la corte ha dictado una orden o citación que exige que la divulguemos. Algunos tipos de procesos administrativos o de la corte en que podemos divulgar su información médica son:
  - -- **procesos para su internación involuntaria** para tratamiento o servicios por orden de la corte.
  - -- **exámenes por orden de la corte** por un problema o trastorno mental o emocional.
  - -- **procesos relacionados con el maltrato o descuido** de una persona que vive en una institución.
  - -- **procesos para revocar la licencia** contra un doctor u otro profesional.
- **Secretaría de Salud y Servicios Humanos.** Tenemos que divulgar su información médica al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. cuando la piden para hacer cumplir las leyes para proteger la vida privada.

Si está bajo tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, el PermiaCare/MHMR no le informará, sin su permiso por escrito, a ninguna persona sin autorización fuera del PermiaCare/MHMR que usted ha sido internado en un centro del MHMR o que está bajo tratamiento para el abuso de alcohol o drogas. No divulgaremos ninguna información que lo identifique a usted como consumidor de alcohol, drogas u otras sustancias, a menos que lo permita la ley.

El MHMR sólo puede divulgar información sobre su tratamiento por el abuso de alcohol o drogas sin su permiso en las siguientes situaciones:

- ✯ de conformidad con una orden especial de la corte que cumpla con el Código de Regulaciones Federales 42, Parte 2, Subparte E;
- ✯ al personal médico en una emergencia médica;
- ✯ al personal capacitado para estudio, auditoría o evaluación de programas;
- ✯ para denunciar el posible maltrato o descuido de niños;
- ✯ To Disability Rights Texas o al Departamento de Servicios de Regulación y Protección de Texas, según lo permita la ley, para investigar una denuncia de que a usted lo han maltrato o le han negado sus derechos.

La ley federal y estatal prohibe que terceros divulguen, sin su permiso, información sobre el tratamiento del abuso de alcohol o drogas.

PROCESO DE QUEJAS:

Si cree que el MHMR ha violado su derecho a la vida privada, tiene el derecho de presentar una queja. Puede quejarse a:
Susan Halydier
(915)570-3333
401 E. Illinois
Midland, TX 79701
También:

Consumer Services and Rights Protection/Ombudsman Office
(800) 458-9858 (gratis) o www.dads.state.tx.us/services/crs
P.O. Box 12668
Austin, Texas 78711

También puede presentar una queja ante:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
(877) 696-6775 (gratis)

Tiene que presentar la queja dentro de los 180 días de la fecha cuando supo o debería haber sabido del evento que usted cree violó su derecho a la vida privada.

También puede comunicarse con:

Office of Attorney General
P.O. Box 12548
Austin, Texas 78711
1 (800) 252-8011 (gratis) www.oag.state.tx.us

Para presentar una queja en contra de un programa de tratamiento del abuso de alcohol o drogas, comuníquese con la oficina del U.S. Attorney del distrito judicial en el que ocurrió la violación. Para encontrar esta oficina, consulte las páginas azules del directorio telefónico.

Acronyms:

DADS	**Department of Aging and Disability Services**
DSHS	**Department of State Health Services**
DARS	**Department of Assistive & Rehabilitative Services**
DFPS	**Department of Family and Protective Services**

PERMIACARE

MHMR • ECI • SUBSTANCE ABUSE

If you or someone you know has a mental health emergency, contact PermiaCare's 24-hour crisis hotline anytime:
1-844-420-3964.

Si usted o alguien que conoce tiene una emergencia de salud mental, comuníquese con la línea directa de crisis de PermiaCare las 24 horas en cualquier momento:
1-844-420-3964.