

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.



Comisión De Salud Y Servicios Humanos 2026

Autoridad Local

Tabla de Tarifas Mensuales Por Capacidad de Pago

Secciones 301.111 and 301.509, título 26 del TAC

A Partir del 12 de Febrero de 2026

Tarifa Mensual Máxima Según el Tamaño de la Familia

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
0 - 23,939	0 - 1,994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A
23,940	1,995	50	0	0	0	0	0	0	0	0	2.50%
26,780	2,232	59	0	0	0	0	0	0	0	0	2.66%
29,620	2,468	70	0	0	0	0	0	0	0	0	2.82%
32,460	2,705	81	50	0	0	0	0	0	0	0	2.98%
35,300	2,942	92	59	0	0	0	0	0	0	0	3.14%
38,140	3,178	105	70	0	0	0	0	0	0	0	3.30%
40,980	3,415	118	81	50	0	0	0	0	0	0	3.46%
43,820	3,652	132	92	59	0	0	0	0	0	0	3.62%
46,660	3,888	147	105	70	0	0	0	0	0	0	3.78%

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
49,500	4,125	163	118	81	50	0	0	0	0	0	3.94%
52,340	4,362	179	132	92	59	0	0	0	0	0	4.10%
55,180	4,598	196	147	105	70	0	0	0	0	0	4.26%
58,020	4,835	214	163	118	81	50	0	0	0	0	4.42%
60,860	5,072	232	179	132	92	59	0	0	0	0	4.58%
63,700	5,308	252	196	147	105	70	0	0	0	0	4.74%
66,540	5,545	272	214	163	118	81	50	0	0	0	4.90%
69,380	5,782	293	232	179	132	92	59	0	0	0	5.06%
72,220	6,018	314	252	196	147	105	70	0	0	0	5.22%
75,060	6,255	337	272	214	163	118	81	50	0	0	5.38%
77,900	6,492	360	293	232	179	132	92	59	0	0	5.54%
80,740	6,728	384	314	252	196	147	105	70	0	0	5.70%
83,580	6,965	408	337	272	214	163	118	81	50	0	5.86%
86,420	7,202	434	360	293	232	179	132	92	59	0	6.02%
89,260	7,438	460	384	314	252	196	147	105	70	0	6.18%
92,100	7,675	487	408	337	272	214	163	118	81	50	6.34%
94,940	7,912	514	434	360	293	232	179	132	92	59	6.50%
97,780	8,148	543	460	384	314	252	196	147	105	70	6.66%
100,620	8,385	572	487	408	337	272	214	163	118	81	6.82%
103,460	8,622	602	514	434	360	293	232	179	132	92	6.98%
106,300	8,858	632	543	460	384	314	252	196	147	105	7.14%
109,140	9,095	664	572	487	408	337	272	214	163	118	7.30%

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
111,980	9,332	696	602	514	434	360	293	232	179	132	7.46%
114,820	9,568	729	632	543	460	384	314	252	196	147	7.62%
117,660	9,805	763	664	572	487	408	337	272	214	163	7.78%
120,500	10,042	797	696	602	514	434	360	293	232	179	7.94%
123,340	10,278	833	729	632	543	460	384	314	252	196	8.10%
126,180	10,515	869	763	664	572	487	408	337	272	214	8.26%
129,020	10,752	905	797	696	602	514	434	360	293	232	8.42%
131,860	10,988	943	833	729	632	543	460	384	314	252	8.58%
134,700	11,225	981	869	763	664	572	487	408	337	272	8.74%
137,540	11,462	1,020	905	797	696	602	514	434	360	293	8.90%
140,380	11,698	1,060	943	833	729	632	543	460	384	314	9.06%
143,220	11,935	1,100	981	869	763	664	572	487	408	337	9.22%
146,060	12,172	1,142	1,020	905	797	696	602	514	434	360	9.38%
148,900	12,408	1,184	1,060	943	833	729	632	543	460	384	9.54%
151,740	12,645	1,227	1,100	981	869	763	664	572	487	408	9.70%
154,580	12,882	1,270	1,142	1,020	905	797	696	602	514	434	9.86%
157,420	13,118	1,314	1,184	1,060	943	833	729	632	543	460	10.02%
160,260	13,355	1,360	1,227	1,100	981	869	763	664	572	487	10.18%
163,100	13,592	1,405	1,270	1,142	1,020	905	797	696	602	514	10.34%
165,940	13,828	1,452	1,314	1,184	1,060	943	833	729	632	543	10.50%
168,780	14,065	1,499	1,360	1,227	1,100	981	869	763	664	572	10.66%
171,620	14,302	1,547	1,405	1,270	1,142	1,020	905	797	696	602	10.82%

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
174,460	14,538	1,596	1,452	1,314	1,184	1,060	943	833	729	632	10.98%
177,300	14,775	1,646	1,499	1,360	1,227	1,100	981	869	763	664	11.14%
180,140	15,012	1,696	1,547	1,405	1,270	1,142	1,020	905	797	696	11.30%

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: _____

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

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
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

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

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.

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
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

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO N° 1 AD066

Página 1 de 4

Revisado
9/20/2024

Reemplaza
1AD066
8/20/2024

Aprobado:



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.

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO N° 1 AD066

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).

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO N° 1 AD066

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.

PERMIACARE
PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO N° 1 AD066

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.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE PERMIACARE

Portabilidad del seguro de salud y

Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y

Ley de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del Abuso de Drogas

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE

- **CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD**
- **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD**
- **CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**
- **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

POR FAVOR, REVISE ESTA INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE.

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTE AVISO Y A DISCUTIRLO CON EL DEFENSOR DE LOS DERECHOS DE CILENT AL 432-570-3333 SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

Cuando reciba tratamiento de PermiaCare, obtendremos y/o crearemos información de salud sobre usted. La información de salud incluye cualquier información que se relacione con (1) su condición de salud física o mental pasada, presente o futura; (2) la atención médica que se le proporciona; y (3) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

Este aviso le informa sobre el deber de PermiaCare de proteger su información de salud, sus derechos de privacidad y cómo se puede divulgar su información de salud.

Funciones de PermiaCare:

- ★ La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica. No usaremos ni permitiremos que personas no autorizadas vean su información de salud sin su permiso, excepto en las formas establecidas en este aviso. Protegeremos su información de salud y la mantendremos privada. Esta protección se aplica a toda la información de salud que tenemos sobre usted, sin importar cuándo o dónde recibió o buscó servicios. No le diremos a nadie si buscó, recibió o ha recibido alguna vez servicios de nosotros, a menos que la ley exija o permita que se comparta.
- ★ Le pediremos su permiso (autorización) por escrito para usar o compartir su información médica. Hay ocasiones en las que su información de salud puede ser compartida sin su permiso, como se explica en este aviso. Si usted da permiso para compartir su información de salud, puede retirar ese permiso en cualquier momento. Si retira su permiso, PermiaCare ya no compartirá su información de salud. Para retirar su permiso una vez otorgado, notifique por escrito y esté firmado a PermiaCare con la fecha, el propósito del permiso y un aviso que diga que desea revocar su permiso.
- ★ PermiaCare debe proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Debemos hacer lo que dice este aviso. Le pediremos que firme un formulario que diga que ha recibido este aviso. Podemos cambiar el contenido de este aviso. Si se cambia, tendremos copias del nuevo aviso en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web, www.permiacare.org. El nuevo aviso se aplicará a toda la información de salud que tenga PermiaCare, sin importar cuándo se creó o recibió la información.
- ★ El personal de PermiaCare protege la privacidad de su información de salud como parte de su trabajo. El personal de PermiaCare no ve su información de salud a menos que la necesiten como parte de su trabajo. Cualquier miembro del personal que no proteja la privacidad de la información

de salud del paciente enfrentará consecuencias. PermiaCare no divulgará información sobre usted relacionada con el VIH/SIDA sin su permiso específico por escrito, a menos que la ley lo autorice.

- ★ Si ocurre un incidente de datos que afecte su información de salud, se le notificará.
- ★ Si está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, esos registros están protegidos por la ley federal [Código de Regulaciones Federales C.F.R. Título 42, Parte 2]. Violar estas leyes que protegen los registros de tratamiento de abuso de alcohol o sustancias es un delito. Si cree que puede haber ocurrido una violación, puede informar a las autoridades en este aviso. La ley federal no brinda protección para la información sobre un delito o amenaza de cometer un delito en PermiaCare o contra el personal de PermiaCare. La ley federal no protege la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil para que no se denuncie según la ley a las autoridades correspondientes.

Sus derechos de privacidad en PermiaCare

- ★ Puede revisar u obtener una copia de su información de salud de PermiaCare. A veces hay razones por las que PermiaCare no puede proporcionar una copia de su información de salud. Si esto sucede, PermiaCare le dirá por escrito el motivo. Puede apelar esta decisión en algunas situaciones. Puede optar por obtener un resumen de su información de salud en lugar de una copia. Si desea un resumen o una copia de su información de salud, PermiaCare puede cobrar una tarifa justa.
- ★ Puede pedirnos que corrijamos sus registros si cree que la información es incorrecta. PermiaCare agregará la información correcta a su registro y anotará en sus registros que usted ha proporcionado la información. La información que ya estaba en el registro no se eliminará ni se modificará.
- ★ Puede solicitar una lista de cuándo PermiaCare ha divulgado su información de salud en los últimos seis años. De acuerdo con la ley federal, la lista no incluirá las ocasiones en que su información se divulgó para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, seguridad nacional, aplicación de la ley o divulgaciones realizadas con su permiso. No se cobrará por una lista al año.
- ★ Usted puede pedirle a PermiaCare que limite las formas en que se usa o comparte su información de salud. PermiaCare considerará su solicitud, pero la ley no nos obliga a aceptarla. PermiaCare no puede acordar limitar los usos o el intercambio de información que son requeridos por la ley. Si estamos de acuerdo, pondremos el acuerdo por escrito y lo seguiremos, excepto en casos de emergencia.
- ★ Puede pedirle a PermiaCare que se comunique con usted de la manera que prefiera. Atenderemos su solicitud siempre que sea razonable.
- ★ Puedes elegir a alguien para que actúe en tu nombre.
- ★ Puede obtener una copia de este aviso en cualquier momento que lo solicite.

Tratamiento, pago y operaciones de atención médica

Podemos usar o divulgar su información de salud sin su consentimiento para brindarle atención, para obtener el pago de esa atención o para operaciones de atención médica. A continuación se incluyen detalles sobre lo que significan estas palabras.

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionar, organizar o administrar atención médica u otros servicios relacionados. Esto incluye brindarle atención, revisar su caso con otros proveedores de atención médica y derivarlo a otros proveedores. También podemos comunicarnos con usted para recordarle las próximas citas, para ofrecerle opciones de tratamiento o para brindarle otra información de salud que pueda interesarle, a menos que usted solicite que esto no suceda.

Pago: Podemos usar o divulgar su información de salud para obtener el pago por brindarle atención médica o para brindarle atención bajo un plan de salud como el programa Medicaid.

Operaciones de atención médica: También podemos usar su información de salud para operaciones de atención médica:

- Actividades para mejorar la atención sanitaria/

- Revisión de programas;
- Procedimientos de redacción;
- Gestión de casos y coordinación de la atención;
- Revisar la competencia, las calificaciones y el desempeño de nuestro personal;
- Llevar a cabo programas de capacitación y resolución de conflictos dentro de PermiaCare;
- Llevar a cabo actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o acreditación;
- Proporcionar revisión médica, servicios legales o funciones de auditoría; y
- Planificación y gestión empresarial o administración general.

A menos que esté recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas, PermiaCare puede usar o divulgar su información de salud sin su permiso para los siguientes propósitos.

- ★ **Cuando así lo exija la ley.** Podemos usar o divulgar su información de salud según lo requieran las leyes estatales o federales.
- ★ **Para denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil.** Podemos divulgar su información de salud a una autoridad gubernamental, si es necesario, para reportar sospechas de abuso o negligencia de un niño.
- ★ **Por amenazas graves para la salud o la seguridad.** Podemos usar o divulgar su información de salud al personal médico o de aplicación de la ley si usted u otra persona está en peligro y la información es necesaria para evitar daños físicos.
- ★ **Para la investigación.** Podemos usar o divulgar información de salud si una revisión de la junta de investigación confirma que se puede usar para un proyecto de investigación si la información que lo identifica se elimina de la información de salud. La información que lo identifique se mantendrá confidencial.
- ★ **A una autoridad gubernamental si creemos que usted es víctima de abuso.** Podemos divulgar su información de salud a una persona legalmente autorizada para investigar un informe de que usted ha sido abusado o se le han negado sus derechos.
- ★ **Derechos de las Personas con Discapacidad de Texas** Podemos divulgar su información de salud a Disability Rights Texas, de acuerdo con la ley federal, para investigar una queja suya o en su nombre.
- ★ **Para actividades de salud pública y supervisión de la salud.** Podemos divulgar su información de salud cuando se nos requiera recopilar información sobre enfermedades o lesiones, para revisiones de salud pública o para informar estadísticas vitales.
- ★ **Para cumplir con los requisitos legales.** Podemos divulgar su información de salud a un miembro del personal o agente de un médico u otro profesional que lo esté tratando, para cumplir con los requisitos legales, de licencia o de acreditación, siempre y cuando su información esté protegida y no se divulgue por ningún otro motivo.
- ★ **A efectos relacionados con la muerte.** Si usted fallece, podemos divulgar su información de salud a su representante personal y a los médicos forenses o examinadores médicos para identificarlo o determinar la causa de la muerte.
- ★ **A una institución correccional.** Si usted se encuentra en una institución correccional, podemos divulgar su información de salud a la institución para que puedan brindarle atención médica.
- ★ **Para programas de beneficios del gobierno.** Podemos usar o divulgar su información de salud según sea necesario para operar un programa de beneficios del gobierno, como Medicaid.
- ★ **A su representante legalmente autorizado (LAR).** Podemos compartir su información de salud con una persona designada por un tribunal para representar sus intereses.
- ★ **Si está recibiendo servicios para discapacidades intelectuales y del desarrollo,** Podemos dar información de salud sobre su condición física y mental actual a su padre, tutor, pariente o amigo.
- ★ **En procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos divulgar su información de salud en cualquier procedimiento penal o civil si un tribunal o juez administrativo ha emitido una orden o citación que nos obliga a divulgarla. Algunos tipos de procedimientos judiciales o administrativos en los que podemos divulgar su información de salud son:

- **Procedimientos de compromiso** por internamiento involuntario o por tratamiento o servicios ordenados por un tribunal.
- **Exámenes ordenados por el tribunal** por una afección o trastorno mental o emocional.
- **Procedimientos relacionados con el abuso o la negligencia** de un residente de una institución.
- **Procedimientos de revocación de licencia** contra un médico u otro profesional.

★ **Al Secretario de Salud y Servicios Humanos.** Debemos divulgar su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando se solicite para hacer cumplir las leyes de privacidad.

Si también está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas, PermiaCare no informará a ninguna persona no autorizada externamente que ha sido admitido en PermiaCare o que está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas, sin su permiso por escrito. No divulgaremos ninguna información que lo identifique como consumidor de alcohol, drogas o sustancias, excepto según lo requiera o permita la ley.

PermiaCare solo puede divulgar información sobre su tratamiento para el abuso de alcohol o drogas sin su permiso en las siguientes circunstancias:

- ★ Para cumplir con una orden judicial especial que se emitió en virtud del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2, Subparte E;
- ★ Al personal médico en una emergencia médica;
- ★ A personas calificadas para investigación, auditoría o evaluación de programas;
- ★ Para denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil;
- ★ A Disability Rights Texas y/o al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas, según lo permita la ley, para investigar una denuncia de que usted ha sido maltratado o se le han negado sus derechos.

Las leyes federales y estatales prohíben volver a divulgar información sobre el tratamiento por abuso de alcohol o drogas sin su permiso.

Otros derechos de privacidad cuando está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas:

Se necesita un consentimiento para compartir registros para el tratamiento, el pago y la operación de atención médica.

La organización receptora puede compartir sus registros después de obtener el consentimiento.

El consentimiento para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica se puede revocar en cualquier momento por escrito.

Puede optar por no compartir su información con fines de recaudación de fondos.

Usted tiene derechos sobre sus registros y estos derechos se le pueden explicar.

Se le notificará si se produce una violación de registros.

Sus registros pueden o no ser compartidos para ser utilizados en su contra para procedimientos civiles, administrativos, penales o legislativos.

PROCESO DE QUEJAS:

Si cree que PermiaCare ha violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja. Puede presentar una queja poniéndose en contacto con:

Amber Johnson
(432) 570-3333
401 E. Illinois
Midland, TX 79701

También puede presentar una queja ante:

Oficina del Defensor del Pueblo del HHS
(877) 787-8999
hhs.texas.gov/ombudsman
Apartado Postal 13247
Austin, Texas 78711

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida de la Independencia, S.W.
Washington, D.C. 20201
(877) 696-6775
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/compliants

Debe presentar su queja dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que supo o debería haber sabido sobre el evento que cree que violó sus derechos de privacidad.

Para quejas contra los programas de tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, también puede comunicarse con:

Comisión de Salud y Servicios Humanos
Admisión de quejas e incidentes

Código de correo E29
Apartado de correos 149030
Austin, TX 78714
1-800-458-9858, opción 6
cii.sa@hhs.texas.gov

PermiaCare no tomará represalias contra usted si presenta una queja.

Fecha de entrada en vigor: 23 de abril de 2014.

revisión: 5/2025 **Siglas:**

Última

DSHS	Departamento de Servicios de Salud del Estado
DFPS	Departamento de Servicios Familiares y de Protección

PERMIACARE
Consentimiento Para Tratamiento

Nombre de Cliente:

ID de Cliente:

DOB:

Fecha de vigencia:

Consentimiento a los servicios

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento para los servicios para mí/dependiente, que pueden incluir, entre otros, exámenes de rutina/crisis, evaluaciones de diagnóstico, exámenes de laboratorio, servicios residenciales y otros tratamientos/servicios (por ejemplo, asesoramiento, capacitación vocacional, excursiones, transporte para los servicios prestados, etc.) recomendados y considerados necesarios por los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica para MHMR/dba PermiaCare. Entiendo que una vez completadas las evaluaciones, se me ofrecerá un plan más detallado de servicios. Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar cualquier recomendación de servicios.

Se me ha informado que cualquier información sobre los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica para MHMR / dba PermiaCare está sujeta a divulgación solo por mi consentimiento informado y por escrito o por citación y / u orden judicial. También se me ha informado que la información de identificación sobre mí puede ser intercambiada entre los componentes del sistema de prestación de servicios de Salud y Humanos de Texas (HHSC, por sus siglas en inglés) y otros proveedores designados/contratados para fines de continuidad de la atención.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de ellos. Para revocar el consentimiento, me pondré en contacto con mi Administrador de Casos/Proveedor de Servicios de Rehabilitación para obtener ayuda.

Sí No

Reconocimiento de Derechos

He recibido una copia y una explicación completa de mis derechos como individuo al servicio de la MHA. Se me ha informado que mi familia/tutor/defensor recibirá una copia de los derechos que se me han explicado. Entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos, puedo pedirle aclaraciones al personal de MHA, y todos mis derechos serán revisados conmigo anualmente.

He recibido un ejemplar del "Manual de Derechos del Consumidor" Sí No

He recibido un ejemplar de los "Derechos de las Personas Mayores" Sí No

He recibido una copia del "Procedimiento General de Quejas Públicas y Comentarios Positivos" de la Autoridad Local Sí No

He recibido una copia del "Procedimiento de Apelaciones" de la Autoridad Local Sí No

Recordatorios de Citas Automatizados

Entiendo que puedo recibir recordatorios a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos automatizados. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar los diferentes medios (correo de voz, teléfono celular o cuenta de correo electrónico) por los cuales puedo recibir un recordatorio automático.

PERMIACARE
Consentimiento Para Tratamiento

Acepto recibir recordatorios

Sí No

Comunicación para Oportunidades de Participación en la Mejora de las Operaciones de Atención Médica

Entiendo que PermiaCare pueden notificarme sobre las oportunidades de participar en programas diseñados para mejorar la calidad de la atención. Entiendo que la participación en estos programas es voluntaria y no afectará la recepción de servicios en los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica para MHMR/dba PermiaCare. Entiendo que puedo recibir notificaciones de estos programas a través, entre otros, de los siguientes medios (teléfono, correo, correo electrónico, en persona).

Acepto ser notificado de las oportunidades para participar en la mejora de las operaciones de atención médica

Si No

Recepción de Aviso de Prácticas de Privacidad

He recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA"

Sí No

Autorización del paciente para la divulgación de información al Intercambio Regional de Información de Salud

Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica para MHMR/dba PermiaCare comparte datos de manera segura con los Intercambios de Información de Salud (HIE) regionales con fines de coordinación de la atención, mejora de la calidad de la atención individual y para el análisis estadístico.

He revisado la Autorización del paciente específica para el HIE regional en el que estoy recibiendo servicios y autorizo la divulgación de información a ese HIE o HIE.

Si No

Solo para Beneficiarios de Medicaid

Autorización del paciente para revisar y recibir información del Sistema de Información de Salud de Elegibilidad de Medicaid (MEHIS) para los múltiples propósitos de:

1. Permite la verificación de la elegibilidad del paciente de Medicaid.
2. Permite que el personal del proveedor registre a los pacientes en el momento de la cita
3. Reduce la duplicación de servicios y ayuda a mejorar la coordinación de la atención
4. Proporciona la posibilidad de que los proveedores y sus delegados vean lo siguiente de un paciente:
 - a. Página Resumen de salud
 - b. Información sobre la vacunación
 - c. Información sobre medicamentos recetados
 - d. Eventos de salud, incluyendo diagnóstico y tratamiento
 - e. Información de laboratorio

Entiendo estas Declaraciones

Sí No

PERMIACARE
Consentimiento Para Tratamiento

Formularios de Incapacidad

Las evaluaciones psiquiátricas se llevan a cabo con el propósito de brindar atención clínica y/o para determinar el nivel necesario de atención, y no están diseñadas para evaluar la presencia o ausencia de una discapacidad. Por lo tanto, los psiquiatras de PermiaCare pueden proporcionar registros de tratamiento, pero no completarán formularios que soliciten una determinación de una discapacidad, o que se relacionen con una solicitud de un beneficio basado en la presencia o el nivel de discapacidad.

Entiendo estas declaraciones Sí No

Oportunidad de Registrarse para Votar

Se me dio la oportunidad de registrarme para votar al momento de la admisión a los servicios

Sí No

Clinico:

Fecha de firma:

PERMIACARE
Consentimiento Para Servicios

Nombre de Cliente:

ID de Cliente:

DOB:

Fecha de vigencia:

S/N Consentimientos y derechos del cliente Ingesta y Anual

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS

Por la presente, solicito y doy mi consentimiento para los servicios para mí / dependiente recomendados y considerados necesarios por PermiaCare. Entiendo que una vez completadas las evaluaciones, se me ofrecerá un plan más detallado de servicios. Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar cualquier recomendación de servicios.

DERECHOS INDIVIDUALES

- A. De acuerdo 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 anticipación y se obtenga el permiso. 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 que amenazan la vida).
 2. En respuesta a una orden judicial.
 3. Cuando las leyes estatales requieran que la información sea divulgada (sospecha de maltrato infantil o adulto, enfermedad transmisible).
 4. Cuando sea necesario para fines de auditorías de gestión, evaluación de programas o investigación, los miembros del personal pueden divulgar información a personal calificado, pero dicho personal no puede identificarme directa o indirectamente en ningún informe de dicha investigación, auditoría o evaluación, ni revelar mi identidad de ninguna manera.
 5. La información puede ser intercambiada entre componentes del Estado de Texas (otros centros de salud mental/retraso mental, hospitales estatales y escuelas estatales) y Advocacy Incorporated cuando dicha información sea necesaria en la investigación de una queja presentada por mí o en mi nombre si no tengo un tutor legal. Están exentos de esta divulgación sin consentimiento por escrito los registros sujetos al privilegio abogado-cliente.
- B. Entiendo que recibir servicios de PermiaCare no obliga al personal de PermiaCare a testificar o dar testimonio en ningún tribunal.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA, CONSENTIMIENTO Y CONTACTOS

En el caso de que ocurra una enfermedad o accidente repentino, autorizo a PermiaCare a obtener atención médica para mí o para mi dependiente del contacto de emergencia y/o el médico de emergencia que se proporcionó, o del médico u hospital accesible más cercano. Autorizo al médico

PERMIACARE
Consentimiento Para Servicios

responsable a proporcionar atención médica, quirúrgica, de rayos X u otra atención médica o dental apropiada que, a su juicio, sea adecuada y necesaria.

Me doy cuenta de que al organizar dichos servicios, PermiaCare para la salud mental no asume ninguna responsabilidad por los servicios prestados o los costos incurridos en ellos.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRANSPORTE

Por la presente, autorizo a PermiaCare a proporcionarme a mí mismo o a mi dependiente servicios de transporte. Este servicio puede incluir transporte hacia y desde el Centro y el hogar, así como para la participación en actividades del Centro que requieran transporte.

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

Reconocimiento de derechos - Reconozco que he recibido la siguiente información y que se me ha explicado cada elemento. Entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos, puedo pedirle aclaraciones al personal de PermiaCare. Los siguientes derechos serán revisados conmigo anualmente(*).

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA - Una descripción de cómo se puede usar y divulgar mi información médica y cómo obtener acceso a mi información.

Folleto "Sus derechos al recibir servicios de salud mental en Texas" - Una explicación de los derechos y cómo presentar una queja si creo que se ha violado uno de mis derechos.

Consulta de Telesalud - He aceptado participar en la consulta de telesalud con el propósito de evaluar mi salud mental. Esto se hace a través de un enlace bidireccional de audio/video con un proveedor de atención médica.

Lo entiendo:

1. Yo, mi proveedor de atención médica o ambos hablaremos a través del enlace de audio/video con el proveedor de atención médica.
2. Puedo pedir que el examen y/o el enlace de audio/vídeo se detengan en cualquier momento.
3. Este procedimiento, realizado a través de un enlace de audio/video bidireccional, será igual a una visita cara a cara con un proveedor de atención médica.
4. Existen posibles riesgos con el uso de esta nueva tecnología. Incluido, pero no limitado:
 - a. Interrupción o desconexión del enlace de audio/vídeo.

PERMIACARE

Consentimiento Para Servicios

- b. Un panorama que no es lo suficientemente claro como para satisfacer las necesidades de la consulta.
- c. El enlace de audio/vídeo se realiza a través de Internet. Existe una pequeña posibilidad de que alguien pueda acceder a esta consulta.

Si se presenta alguno de estos riesgos, es posible que sea necesario detener el procedimiento.

- 5. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante que me pertenezca al proveedor de atención médica de los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica para MHMR/dba PermiaCare, o sus agentes. La información puede incluir mi nombre, edad, fecha de nacimiento u otra información necesaria para llevar a cabo esta consulta de telesalud.
- 6. Esta consulta se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por los Centros Comunitarios de la Cuenca Pérmica para MHMR / dba PermiaCare. Esta consulta puede ser grabada y utilizada para la evaluación. Doy mi consentimiento para dicho uso. Las imágenes grabadas no se utilizarán fuera del entorno de atención médica sin mi consentimiento previo por escrito.
- 7. Entiendo que no recibiré regalías ni otra compensación por participar en esta consulta de telesalud.
- 8. Entiendo que debo dar mi consentimiento informado para participar en esta consulta.

Notificación del proceso de apelaciones - Una explicación de los derechos que reciben servicios y cómo apelar las decisiones insatisfechas tomadas por PermiaCare.

- * Formulario de Educación para el Paciente y la Familia: reconozco que se me proporcionó información relacionada con mi trastorno de salud mental o el de mi dependiente.
- * Evaluación de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) - Una autorización para divulgar mis respuestas para que se compartan con agencias u organizaciones de referencia que puedan ayudar a satisfacer cualquier necesidad potencialmente identificada de posibles servicios de salud o comunitarios en el futuro.
- * Formulario de Planificación de Directivas Anticipadas (+65 años) - Doy fe de que el personal de PermiaCare ha discutido conmigo la Planificación Anticipada de la Atención. En este momento,

No deseo hablar sobre la planificación anticipada de la atención ni sobre asuntos relacionados con la toma de decisiones de la madre sustituta.

Tengo un Plan de Atención Avanzada y el nombre de mi Sustituto es:

Sustituto:

Recordatorios de Citas

Acepto recibir recordatorios a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, o correos electrónicos automatizados o no automatizados. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar los diferentes medios (correo de voz, teléfono celular o cuenta de correo electrónico) por los cuales puedo recibir un recordatorio automático.

PERMIACARE
Consentimiento Para Servicios

Autorización del Paciente para la Divulgación de Información al Intercambio Regional de Información de Salud

He revisado la Autorización del Paciente específica para los Intercambios de Información de Salud (HIE) regionales en los que recibo servicios y autorizo la divulgación de información a esos HIEs.

Consentimiento para Tomar y Usar Fotografías

Por la presente, otorgo y autorizo a PermiaCare a tomar una fotografía de mí mismo / dependiente con el propósito de identificación en la aplicación de registro de salud electrónico (EHR) basada en la web de la agencia.

Oportunidad de Registrarse para Votar (solo adultos)

Se me dio la oportunidad de registrarme para votar al ser admitido en los servicios.

Al firmar este Consentimiento, reconozco que tengo 18 años de edad o más y que no he sido declarado incompetente por un Tribunal de justicia; o tutor legalmente designado de la persona a la que se va a notificar, si dicha persona tiene 18 años o más; o el padre/tutor legalmente designado o adulto autorizado de la persona a la que se va a notificar, si dicha persona tiene 18 años de edad o menos; o tener al menos 16 años de edad o más, 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 de los Centros y/o las disposiciones aplicables de las Secciones 32.003, 32.004 y 32.005 del Código de Familia de Texas.

Completado Por:

Fecha:

**CENTROS DE LA COMUNIDAD DEL PERMIACARE
CUESTIONARIO MÉDICO Y PERFIL DE MEDICAMENTOS**

Nombre del Cliente: _____

de Caso: _____

1. ¿Tiene algún problema físico que le moleste o por el cual reciba tratamiento médico?

HEENT/Neurológica

- Si No
 Herida o golpe
 Dolores de cabeza frecuentes o severos
 Mareos frecuentes/desmayos
 Embolia
 Convulsiones
 Periodos inconscientes
 Problemas tragando
 Problemas de los ojos, oídos, nariz, garganta

Respiratorio/cardíaco/hematología

- Si No
 Asma
 Tos crónica
 Respiración acortada/falta de respiración
 Tratamiento para el dolor/presión del pecho
 Problemas del corazón
 Presión alta/baja
 hemopatía/enfermedad de la sangre

Región gastrointestinal

- Si No
 Úlceras
 Náuseas/vómitos frecuentes
 Indigestión frecuente
 Diarrea/estreñimiento frecuente
 Problemas de la vesícula
 Problemas del colon
 Dolor/sangramiento/calambres/gas del estómago

Región genitourinaria

- Si No
 Problemas de los riñones
 Problemas de vejiga
 Orina frecuente o con dolor
 Problemas femeninos
 Menstruación dolorosa/irregular
 Problemas de la próstata

Otras condiciones

- Si No
 Diabetes
 Problemas de las tiroides
 Tratamiento de cancer/tumores
 Enfermedades transmitidas por el contacto sexual
 Hepatitis
 Ictericia
 Tuberculosis
 Abuso de alcohol/drogas
 Enfermedades cutáneas (dela piel)
 Aumento/pérdida de peso excesivo
 Fiebre reumática

Enfermedades infantiles:

Describa respuestas : _____

Ortopédica

- Si No
 Articulaciones/coyunturas dolorosas/hinchadas
 Problemas de la espina (columna vertebral)/espalda/cuello

2. ¿Ha tenido alguna lesión o enfermedad seria aparte de las mencionados antes? (Incluya embarazos/partos anormales? Si No

Si sí, especifique y note la edad y la fecha: _____

3. ¿Ha tenido, o se le ha aconsejado tener, cualquier operación? Si No

Si sí, especifique y note la edad y la fecha: _____

4. Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha de su último examen físico: _____ Fecha de la última cita con su doctor: _____

5. Clientes femeninos: Última regla/menstruación: _____ ¿Esta embarazada? Si No Método anticonceptivo: _____

6. **Alergias a drogas o a comidas conocidas** (si tiene alergias, especifique y describa la reacción): _____

7. **Recetas médicas recibidas** en los últimos seis meses:

A. Medicinas, dosis, recetads por otros medicos:

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

8. **Por favor apunte el nombre y teléfono de algún contacto en caso de emergencia:**

Nombre: _____ Teléfono: _____

9. **Medicinas no recetadas** en los últimos seis meses (incluya alcohol, medicinas disponibles sin receta médica, y uso ilícito/ilegal de otras drogas):

1. _____ 3. _____
 2. _____ 4. _____

Comentarios/referencias: _____

 Firma autorizada y título

 Fecha

 Médico revisor (si es necesario)

 Fecha

**Hay que completar y actualizar el cuestionario anualmente o cuando haya cambios.
 RN/LVN o el médico debe firmar y poner la fecha en cada cuestionario.**

Información del cliente

Nombre del cliente:

ID de cliente:

DOB:

Fecha de entrada en vigor:

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

Esto es para informarle cómo se pagan los servicios en PermiaCare y de qué es responsable si no tiene seguro privado, Medicaid o Medicare.

Si no tiene ninguna cobertura, se le dará algo llamado "Capacidad máxima de pago" o MAP y esto será lo máximo que necesitará pagar por los servicios recibidos. Se decide observando cuánto dinero gana y cómo se compara con el Límite Federal de Pobreza (FPL) o las pautas de pobreza del gobierno. Usamos una tabla especial llamada escala móvil de tarifas que fue hecha por la Comisión de Salud y Servicios Humanos para resolver esto. Se le informará cuál es su tarifa mensual durante su evaluación de tarifas. Puede solicitar a PermiaCare una copia de su documentación de tarifas en cualquier momento. Nunca tendrá que pagar más que su MAP.

El resto de los costos serán pagados por un programa llamado Programa de Atención Caritativa para Proveedores de Salud Pública, o PHP-CCP. Este es un programa financiado por el gobierno federal, y PermiaCare puede usarlo porque somos una Autoridad Local de Salud Mental. Si sus ingresos son inferiores al 200% del límite federal de pobreza, califica para este programa. Eso significa que PHP-CCP ayudará a pagar los servicios que reciba que van más allá de su MAP.

Recibir esta carta significa que es elegible para PHP-CCP. Por lo tanto, este programa ayudará a cubrir al menos algunos de los costos de su atención más allá de su pago mensual. Nuevamente, nunca tendrá que pagar más que su MAP.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para comprender esto mejor, comuníquese con nuestro departamento de elegibilidad de beneficios. Estamos aquí para ti.

Clínico:

Fecha de firma

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por favor, lea todo este formulario antes de firmar y complete todas las secciones que apliquen a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas, según se define el término por HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o del representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información de salud protegida de dicha persona. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. No se puede negar el tratamiento a las personas por no firmar este formulario de autorización, y la negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Complete toda la información a continuación)	
Nombre del Individuo: _____ Otro(s) Nombre(s) Utilizado(s): _____ Fecha de Nacimiento: _____	
Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
AUTORIZO LO SIGUIENTE A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO (Marque al menos una de las siguientes opciones): PermiaCare, 401 E Illinois Ave Midland, TX 79701 (432) 570-3333 <input type="checkbox"/> Programa de Intervención en la Primera Infancia (ECI) <input type="checkbox"/> Servicios para Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (IDD) <input type="checkbox"/> Servicios y Clínica de Salud Mental (MH) <input type="checkbox"/> Servicios de Abuso de Sustancias (SUD) <input type="checkbox"/> Basin Assistance Services (VIH) (BAS) <input type="checkbox"/> Otro (por ejemplo, doctor de atención primaria): _____	QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN MEDICA (Completa toda la información a continuación) Persona/Organización: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
LA RAZON DE LA DIVULGACIÓN (Marque al menos una opción a continuación) <input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento/Atención Médica Continua <input type="checkbox"/> Facturación o Reclamaciones <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Fines Legales <input type="checkbox"/> Determinación de Discapacidad <input checked="" type="checkbox"/> Escolar <input checked="" type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> A Petición del Individuo <input type="checkbox"/> Otra razón _____	
¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA? Complete lo siguiente indicando aquellos elementos que desea que se revelen. Se requiere la firma de un paciente menor para la liberación de algunos de estos objetos. Si se va a divulgar toda la información de salud, marca solo la primera casilla. Fechas de Divulgación : _____ (Marque una opción abajo) <input type="checkbox"/> Toda la información de salud <input type="checkbox"/> Historia y examen físico <input type="checkbox"/> Medicamentos pasados/actuales <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio <input type="checkbox"/> Órdenes del medico <input type="checkbox"/> Alergias del paciente <input type="checkbox"/> Notas de evolución <input type="checkbox"/> Resumen de alta <input type="checkbox"/> Información de facturación <input checked="" type="checkbox"/> Otra razón _____	
Se requiere su consentimiento para divulgar la siguiente información. Por favor, seleccione todas las opciones que apliquen.: _____ Historial de salud mental _____ Información genética (incluyendo resultados de pruebas genéticas) _____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias _____ Resultados de la prueba y tratamiento del VIH/SIDA	
PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO. Esta autorización es válida hasta que ocurra lo primero de lo siguiente: el fallecimiento de la persona; que la persona alcance la mayoría de edad; que se retire el permiso; o hasta la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____. DERECHO A REVOCAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento enviando una notificación por escrito a PermiaCare, indicando mi intención de revocar esta autorización, a la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN DE SALUD". Comprendo que las acciones previas tomadas en cumplimiento de esta autorización por entidades que tenían permiso para acceder a mi información de salud no se verán afectadas. AUTORIZACIÓN DE FIRMA: He leído este formulario y acepto los usos y divulgaciones de la información tal como se describen. Comprendo que la negativa a firmar este formulario no detiene la divulgación de información de salud que haya ocurrido antes de la revocación o que esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específico, incluyendo las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto en el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.	
Firma X _____	Fecha _____
Nombre Impreso _____ <input type="checkbox"/> Mismo/Misma <input type="checkbox"/> Padre/Madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____ <i>Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento de salud mental (Véase, por ejemplo, el Código Familiar de Texas § 32.003).</i>	
Firma del Menor de Edad _____	Fecha _____

Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas (Texas Medical Privacy Act) y otras leyes aplicables. Las entidades cubiertas, según se define ese término en HIPAA y en el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.001, deben obtener una autorización firmada por el individuo o su representante legalmente autorizado para divulgar electrónicamente la información protegida de salud de dicho individuo. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, la realización de ciertas funciones de seguros, o según lo autorizado por la ley (Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 181.154(b), (c), § 241.153; 45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506 y 164.508). La autorización proporcionada mediante el uso de este formulario significa que PermiaCare puede divulgar, comunicar o enviar la información protegida de salud del individuo nombrado a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluso a través de medios electrónicos. **Definiciones** - En el formulario, los términos "tratamiento", "operaciones de atención médica", "notas de psicoterapia" e "información protegida de salud" tienen las definiciones establecidas en HIPAA (45 CFR 164.501). "Representante legalmente autorizado" incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otro individuo (Código de Ocupaciones de Texas § 151.002(6); Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 166.164, 241.151; y Código de Sucesiones de Texas § 3(aa)). Información de Salud a ser Divulgada - Si se selecciona "Toda la Información de Salud" para su divulgación, esta incluye, pero no se limita a, todos los registros y otra información sobre el historial de salud, tratamiento, hospitalización, pruebas y atención ambulatoria, así como registros educativos que puedan contener información de salud. Como se indica en el formulario, se requiere una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones sensibles, incluyendo: • Registros de salud mental (excluyendo las "notas de psicoterapia" definidas en HIPAA en 45 CFR 164.501). • Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias. • Registros o pruebas relacionados con el VIH/SIDA. • Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) (excepto según lo prohibido por 45 C.F.R. § 164.502). **Nota sobre la divulgación de registros médicos** - Este formulario no es necesario para la divulgación permitida de la información médica protegida de un individuo al individuo o al representante legalmente autorizado del individuo. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.102). Si se solicita una copia de los registros médicos del individuo con este formulario, la ley estatal y federal permite dicho acceso, a menos que el médico o proveedor de salud mental determine que tal acceso es perjudicial para la salud física, mental o emocional del individuo. (Código de Salud y Seguridad de Texas §§ 181.102, 611.0045(b); Código de Ocupaciones de Texas § 159.006(a); 45 C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si se especifica un proveedor de atención médica en la sección "Quién puede recibir y utilizar la información médica" de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye a los médicos, otros proveedores de atención médica (como enfermeras y personal médico) que participan en la atención médica del individuo en el centro o consultorio de dicha entidad, y a los proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para la persona u organización especificada, y a los miembros del personal o agentes (como socios comerciales u organizaciones de servicios calificados) que llevan a cabo actividades y propósitos permitidos por la ley para dicha entidad o persona cubierta especificada. Si se especifica una entidad cubierta que no sea un proveedor de atención médica, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal o agentes y subcontratistas de esa organización que lleven a cabo actividades y propósitos permitidos por este formulario para esa organización. Las personas pueden tener derecho a restringir ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionadas con servicios pagados en su totalidad por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)). Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no se utilizará para la divulgación de ninguna información. **Limitaciones de este formulario** - Este formulario de autorización no se utilizará para la divulgación de ninguna información de salud relacionada con: (1) la inscripción en un plan de beneficios de salud y/o determinaciones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4)(ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(iii)); o para fines de investigación (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). El uso de este formulario no exime a ninguna entidad del cumplimiento de las leyes o regulaciones federales o estatales aplicables con respecto al acceso, uso o divulgación de información de salud u otra información personal confidencial (por ejemplo, 42 CFR Parte 2, que restringe el uso de información relativa al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no otorga a una entidad o a sus empleados, agentes o cesionarios ninguna limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación con el acceso, uso o divulgación de información de salud obtenida a través del uso del formulario. **Cargos** - Algunas entidades cubiertas pueden cobrar una tarifa de recuperación/procesamiento y por copias de registros médicos. (Código de Salud y Seguridad de Texas § 41.154). **Derecho a recibir una copia** - El individuo y/o el representante legalmente autorizado del individuo tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. **Aviso y copia del consentimiento para acompañar la divulgación** - Si los registros autorizados para su divulgación de conformidad con esta autorización incluyen cualquier información sobre abuso de alcohol, drogas o sustancias, la información está protegida por la ley federal. 42 CFR Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros.



Reconocimiento de Educación de Pacientes y Familias

Nombre del cliente: _____

Caso# _____

Información proporcionada

___ Paquete de 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)

___ Otros (especificar)

Acuse de recibo del paciente: Al firmar, confirmo que he recibido información sobre mi condición de salud mental o la de mi ser querido. PermiaCare me explicó la información de una forma que puedo entender. PermiaCare me informó a quién debía contactar si tenía alguna pregunta.

Firma del paciente

Fecha

Personal/Título de PermiaCare

Fecha

Notificación de Denegación de Servicios

Nombre del cliente _____

Caso# _____

Fecha: _____

Basándose en la Evaluación de Admisión realizada en _____, PermiaCare decidió que no cumples los requisitos para los servicios de la Clínica de Salud Mental PermiaCare. La(s) razón(es) por las que no cumples los criterios:

(Revisa todo lo que aplica)

___ Your necesidades no alcanzan el nivel requerido para los servicios

___ Solo tienes un diagnóstico (RM, TDP o Trastorno por Consumo de Sustancias)

___ No cumples los requisitos para este nivel de atención

___ Vives en una residencia de ancianos o en un centro ICF

___ Los servicios no son médicamente necesarios

___ Ya recibes los servicios necesarios de otro proveedor

___ No resides en la zona de servicio

___ Rechazaste servicios

Se te han dado las siguientes derivaciones y recomendaciones:

Si no estás de acuerdo con esta decisión, tienes derecho a apelar utilizando la "Notificación del Proceso de Apelación" que se te ha dado por escrito. No dudes en contactarnos en el futuro si tu situación cambia o tus síntomas empeoran.

Al firmar, reconoces que entiendes por qué se denegó el servicio y que recibiste este aviso por escrito. Tu firma no significa que estés de acuerdo con la decisión.

Firma del cliente

Firma del personal

Firma LAR



401 E. Illinois Ave., Suite 200
Midland, TX 79701
Teléfono: (432) 570-3300
Fax: (432) 570-3425

Información Necesaria Para el Cribado

Se aceptan visitas sin cita previa de lunes a viernes de 8:30 a 4:00

Elige 1 artículo de cada cuadro a continuación:

<ul style="list-style-type: none">• Tarjeta de la Seguridad Social o• Una copia de tu tarjeta de la Seguridad Social
<ul style="list-style-type: none">• Carné de conducir o• Identificación con foto
Prueba de ingresos (elige 1): <ul style="list-style-type: none">• Formulario W2 o• Los talones de nómina del mes pasado (2 o 4, dependiendo de la frecuencia con la que te paguen) o• Una carta de la persona que te ayuda y un extracto diciendo que no tienes ingresos
<ul style="list-style-type: none">• Carta de Seguridad Social si recibes la Seguridad Social
<ul style="list-style-type: none">• Carta de cupones de alimentos si recibes cupones de alimentos
Prueba de residencia (elige 1): <ul style="list-style-type: none">• Factura de servicios públicos o• Contrato de arrendamiento o• Una carta de la persona con la que vives
<ul style="list-style-type: none">• Tarjeta de seguro u otro comprobante de seguro si tienes seguro

Requisitos adicionales para niños:

- Certificado de Nacimiento
- Carta notariada del cuidador principal en la que se indica que los padres están ausentes y que aceptan ser responsables legal y económicamente
- Registros oficiales de custodia (padres divorciados)
- Tarjeta de la Seguridad Social del Niño

Prestando servicios a personas con enfermedades mentales, discapacidades intelectuales y del desarrollo y dependencia química en los condados de Brewster, Culberson, Ector, Hudspeth, Jeff Davis, Midland, Pecos y Presidio.

Autorización para que una persona divulgue información de cribado
LTSS para su derivación a otra agencia/organización

Nombre:	Número de récord:
Fecha de nacimiento:	Número de Seguridad Social:

Entiendo y coincido en que PermiaCare puede utilizar, compartir, crear, enviar y conservar mi información personal o la Información de Salud Protegida (PHI) que se recopila cuando respondo a las preguntas del Sistema de Cribado y Derivación de Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS).

La información que proporciono puede incluir información personal identificativa sobre la persona nombrada en este formulario. Esto puede incluir condiciones físicas o médicas, discapacidades intelectuales, problemas de salud mental o consumo de sustancias, tratamientos, medicamentos, pruebas médicas, discapacidades, embarazos, pruebas de drogas, actividades diarias y otra información sanitaria o de servicios.

Las respuestas a las preguntas sobre el cribado LTSS se compartirán con agencias u organizaciones que puedan ayudar a ofrecer servicios de salud o comunitarios en el futuro.

Fecha de caducidad: A menos que cancele este acuerdo antes, esta autorización terminará en: _____
(Esta fecha no puede ser mayor de seis años desde la fecha firmada.)

Firmas:

Firma del paciente

Fecha

Firma del Representante Legalmente Autorizado (LAR)

Fecha

Relación del LAR con el paciente

Aviso al individuo:

Firmar este formulario no garantiza que recibirás servicios.

Después de que des permiso a PermiaCare para compartir tu información, PermiaCare no se hace responsable de lo que la otra persona o agencia haga con esa información.

Puedes retirar tu permiso para que PermiaCare use o comparta tu información de salud, siempre que no la hayan utilizado ya basándose en tu permiso previo. Para retirar tu permiso, debes hacerlo por escrito.

OPORTUNIDAD DE REGISTRARSE PARA VOTAR

1. ¿Le gustaría registrarse para votar hoy?
 SÍ NO
2. Su decisión de registrarse o no no afectará la asistencia que reciba de esta agencia.
3. Si deja la casilla en blanco, se considerará que ha rechazado y se le pedirá que firme a continuación.
4. ¿Necesita ayuda con el formulario de registro? Estamos aquí para ayudarlo, pero puede completarlo en privado y enviarlo usted mismo si lo prefiere.
5. Si alguien interfiere con su capacidad para registrarse, rechaza su solicitud de privacidad o lo presiona, puede presentar una queja por correo, llamada telefónica o correo electrónico.

División de Elecciones de la Secretaría de Estado
Apartado de correos 12060
Austin, TX 78711
1-800-252-8683
elecciones@sos.state.tx.us .

6. Si elige no registrarse, esa decisión permanece confidencial y se utilizará solo para fines oficiales de registro de votantes.
7. Si se registra, la información sobre dónde presentó la solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para la identificación de votantes.

DECLINACIÓN DEL REGISTRO DE VOTANTES

Me niego a registrarme para votar hoy.

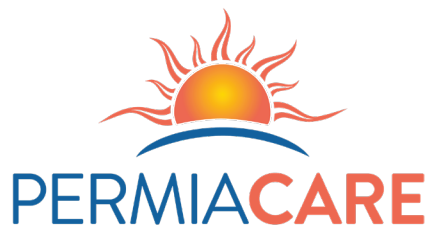
Firma del solicitante

____/____/____
Fecha

Nombre impreso del solicitante

**SOLO PARA USO DEL
PERSONAL:**

El solicitante se negó a firmar



Información Sobre la Cobertura Fuera del Horario de Atención

Si usted o su ser querido necesitan asistencia fuera del horario regular de la clínica, incluida la asistencia necesaria durante una crisis de salud mental, comuníquese al 1-844-420-3964. Este número está operativo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Gracias



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.

JULY

**Manual
de derechos
del consumidor**

Servicios de Salud Mental



**Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas
Oficina de Servicio al Consumidor y Protección de Derechos**

2007

Este libro pertenece a:

Tabla de contenido

Manual de salud mental y derechos del cliente	2
Su derecho de saber cuáles son sus derechos	4
Su derecho de presentar una queja	4
Derechos básicos de todas las personas que reciben servicios de salud mental	6
Confidencialidad	7
Atención y tratamiento	8
Derechos adicionales de las personas que ingresan en los programas residenciales y de pacientes internos	10
Derechos adicionales de las personas que ingresan en los programas de pacientes internos	13
Ingresos voluntarios: derechos especiales	13
Detención de emergencia: derechos especiales ...	16
Orden de custodia de protección: derechos especiales	17
Servicios ordenados por la corte: derechos especiales	18

Manual de salud mental y derechos del cliente

Este manual se ofrece para informarle sobre los derechos que se le garantizan mientras recibe servicios del sistema del Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS). Esta lista de derechos no es completa, pero debe hacerlo más consciente de que usted mantiene sus derechos como ciudadano a menos que haya una razón específica para limitarlos bajo la ley ó por orden de la corte.

La información en este manual no debe tomarse como el otorgamiento ó la negación de ningún derecho garantizado por la ley. Además de tener derechos, como cliente de servicios de salud mental, es posible que también tenga responsabilidades. Estas podrían ser, entre otras, participar en el tratamiento, ir a las citas programadas, tomar los medicamentos según como se hayan recetado y seguir las recomendaciones del tratamiento. Si tiene preguntas ó inquietudes sobre sus derechos y responsabilidades como cliente de servicios en el sistema público de salud mental, debe comunicarse con el Representante de Protección de Derechos del lugar ó centro comunitario de salud y retraso mental (MHMR) donde recibe servicios.

Por ley, el centro estatal ó el centro comunitario de salud mental se encargá de que usted haya recibido información sobre sus derechos. El sistema del DSHS tiene que respetar y proveer sus derechos.

Para ayudarle a determinar cuáles derechos de este manual le aplican a usted, debe estar enterado de su situación con respecto a las siguientes condiciones:

- El tipo de programa de tratamiento ó programa terapéutico en el que se encuentra (de consulta externa, interna u otro programa residencial).
- Su estado legal (adulto competente, adulto con tutor, menor con tutor, menor emancipado ó menor con tutor principal).
- El tipo de ingreso (ingreso voluntario, detención de emergencia, orden de custodia de protección, orden de la corte para servicios temporales ó extendidos ó internamiento penal).

Si no está seguro de su estado, pregúntele a su coordinador de cuidado médico ó pida asistencia al Representante de Protección de Derechos.

Su derecho de saber cuáles son sus derechos

Usted tiene el derecho de recibir una copia de estos derechos antes de que acepte servicios como paciente voluntario ó cuando ingrese como paciente involuntario. También se puede entregar una copia a la persona que usted indique. Si le han asignado un tutor, o tiene menos de 18 años (menos de 16 años si ha ingresado voluntariamente a servicios para pacientes internos), se le entregará una copia a su tutor, padre, ó tutor principal.

Además tiene el derecho de que se le expliquen estos derechos en voz alta en un idioma que usted pueda entender dentro de las 24 horas de haber ingresado para recibir servicios. La misma explicación también debe darse al tutor, padre ó tutor principal, según sea apropiado.

Usted tiene el derecho de presentar una queja y de saber a quién puede llamar para pedir ayuda. Las direcciones y los números de teléfono están anotados a continuación. Tiene el derecho de presentar una queja sin ningún tipo de represalia.

Su derecho de presentar una queja

Si cree que alguno de sus derechos han sido violados ó si tiene preguntas, preocupaciones ó quejas sobre sus derechos ó la atención que recibe, puede comunicarse con uno ó varios de los siguientes:

- Representante de Protección de Derechos – (vea el sello en la portada del manual)
- Texas Department of State Health Services
Office of Consumer Services and Rights Protection
Mail Code 2019
P.O. Box 12668
Austin, TX 78711-2668
1-800-252-8154
- Advocacy, Inc.
7800 Shoal Creek Blvd., Suite 171-E
Austin, TX 78757
1-800-252-9108 (voz y TDD)

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations ¹
One Renaissance Blvd.
Oakbrook Terrace, IL 60181
1-800-994-6610

Usted tiene el derecho de que se le informe sobre Advocacy, Inc. al entrar por primera vez a una unidad de pacientes internos y también al salir. Advocacy, Inc. es una agencia financiada por el gobierno federal, independiente del DSHS, cuyo propósito es proteger y defender sus derechos.

Si cree que ha sido maltratado ó descuidado, puede presentar una queja ante:

Texas Department of Family and Protective Services
P.O. Box 149030
Austin, TX 78714-9030
Mail Code E-561
1-800-647-7418

Si cree que su abogado no preparó su caso debidamente ó que no presentó su punto de vista ante el juez durante su internamiento involuntario, puede presentar una queja sobre el comportamiento del abogado ante el Colegio de Abogados de Texas escribiendo ó llamando a:

State Bar of Texas
Chief Disciplinary Counsel
La Costa Center, Suite 300
6300 La Calma Dr.
Austin, TX 78752
1-800-932-1900

Tiene el derecho de que le den la oportunidad de llenar una encuesta de satisfacción al salir de un programa de pacientes internos, para que nos diga qué le gustó ó qué no le gustó. Puede pedir una encuesta en cualquier momento durante su estancia al trabajador social ó a la Oficina de Servicio al Cliente. Este derecho también lo tiene su familia.

¹ Para programas de pacientes internos y programas acreditados para pacientes externos.

Derechos básicos de toda persona que reciben servicios de salud mental

(Programas para pacientes externos así como programas residenciales para pacientes internos)

1. Tiene todos los derechos de un ciudadano del estado de Texas y de los Estados Unidos, incluso el derecho de hábeas corpus (esto quiere decir que usted tiene el derecho de preguntarle a la corte si es legal que lo mantengan en el hospital, de acuerdo con los procedimientos de internamiento jurídico), derechos sobre los bienes, derechos de tutela, derechos de familia, libertad de religión, el derecho de inscribirse y votar, el derecho de demandar y de ser demandado, el derecho de firmar contratos y todos los derechos relacionados con licencias, permisos, privilegios y beneficios bajo la ley.
2. Tiene el derecho de ser considerado competente mentalmente a menos que una corte haya dictado lo contrario.
3. Tiene el derecho de ser tratado sin discriminación debido a su raza, religión, sexo, grupo étnico, nacionalidad, edad, orientación sexual ó discapacidad. Si cree que ha sido discriminado por alguna de las razones mencionadas antes, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) al 1-888-388-6332.
4. Tiene el derecho de recibir tratamiento en un ambiente limpio y humanitario donde esté protegido contra daños, a tener privacidad con respecto a las necesidades personales y que lo traten con respeto y dignidad.
5. Tiene el derecho de recibir el tratamiento apropiado en un lugar disponible, adecuado y menos restrictivo que ofrezca protección para usted y la comunidad.
6. Tiene el derecho de no sufrir maltrato, abuso, descuido ni explotación. Si cree que ha sido víctima de maltrato, descuido ó explotación, debe llamar al Departamento de Servicios de Protección Familiar (DFPS) al 1-800-647-7418.
7. Tiene el derecho de que sus bienes personales estén protegidos contra robo ó pérdida.

8. Tiene el derecho de que le den con anterioridad una estimación de los cargos hechos, por el costo de los servicios proporcionados, fuente del reembolso del programa y cualquier limitación durante los servicios. Le deben dar una cuenta detallada de los servicios al pedirla, el nombre de la persona a quien llamar para hacer preguntas sobre las cuentas, e información sobre el arreglo de las cuentas y las opciones disponibles si se agotan ó niegan los beneficios del seguro. No le pueden negar los servicios debido a que no puede pagarlos.
9. Tiene el derecho a una remuneración justa por cualquier trabajo desempeñado de acuerdo con la Ley de Normas Laborales Justas.
10. Cuando usted ingrese en un programa para pacientes internos ó externos, tiene el derecho de que se le informe de todas las reglas y regulaciones relacionadas con esos programas.

Confidencialidad

11. Tiene el derecho de revisar la información en su expediente médico. Si el doctor dice que usted no debería ver partes de su expediente, usted tiene el derecho de que se reconsidere esa decisión. El derecho de revisar su expediente se extiende a su padre, representante legal, ó tutor si usted es menor de edad (a menos que usted mismo haya ingresado para recibir servicios).
12. Tiene el derecho de que mantengan su expediente de manera confidencial. También tiene el derecho de saber sobre las condiciones en las cuales información sobre usted puede divulgarse sin su permiso. Debe estar enterado de que su expediente puede divulgarse a los empleados del sistema del Departamento de Servicios de Salud del Estado (centros estatales y centros comunitarios de salud y retraso mental) que necesiten verlo para poder ofrecerle servicios. También debe saber que su estado como persona que recibe servicios de salud mental puede divulgarse con el personal de la cárcel si se encuentra encarcelado.

13. Tiene el derecho de saber el uso de cualquier método de comunicación, como espejos que permiten ver en una dirección, grabadoras, televisión, películas ó fotografías.
14. Excepto en una emergencia, los procedimientos médicos y quirúrgicos requieren de su permiso ó del permiso de su tutor, ó representante legal. Usted tiene el derecho de saber sobre las ventajas y desventajas de los procedimientos médicos y quirúrgicos.
15. Tiene el derecho de aceptar ó negar su autorización para tomar sus medicamentos a menos que una corte le haya ordenado que se los tome, su tutor ó representante legal haya dado su consentimiento para que se los administren, ó exista una situación de emergencia en la que usted u otra persona podría sufrir una lesión debido a su conducta.
16. Tiene el derecho a aceptar ó negar su consentimiento para participar en estudios de investigación.
17. Tiene el derecho de revocar su autorización, en cualquier momento en todos los asuntos que ya había autorizado previamente. Negar ó revocar su consentimiento para algún tratamiento en particular no tendrá ningún efecto en su elegibilidad para cualquier otro servicio ó tratamiento.

Atención y tratamiento

18. Usted tiene el derecho a un plan individualizado de tratamiento. Tiene el derecho de participar en la creación de ese plan, así como el plan de tratamiento para su atención después de que salga del hospital ó del programa comunitario. Su padre, tutor principal (si es un menor) ó su representante legal tiene el derecho de participar en la formulación del plan de tratamiento. Usted tiene el derecho de pedir que cualquier otra persona que usted escoja participe en la formulación del plan de tratamiento. Su petición debe ser considerada razonablemente y deben informarle del por qué de cualquier negación. El personal debe documentar en su expediente médico que se invitó a que participara al padre, tutor, representante legal u otra persona que usted haya escogido.

19. Tiene el derecho de no recibir medicamentos innecesarios ó excesivos.
20. Tiene el derecho de saber sobre el cuidado, procedimientos y el tratamiento que recibirá. También tiene el derecho de saber sobre los riesgos, efectos secundarios y beneficios de todos los medicamentos y tratamientos que recibirá, incluso los inusuales ó experimentales, los demás tratamientos disponibles y lo que sucedería si rechazara el tratamiento.
21. Tiene el derecho de reunirse con el personal responsable de su cuidado y de saber sobre su especialidad, el título de su cargo y funciones. Además, usted tiene el derecho de saber sobre cualquier cambio propuesto en la designación del personal profesional que lo atiende.
22. Tiene el derecho de pedir y recibir una segunda opinión de otro proveedor de tratamiento profesional, a su propio costo Tiene derecho a que le permitan que un miembro del personal revise su plan de tratamiento ó cierto procedimiento.
23. Tiene el derecho de saber por qué lo van a trasladar a cualquier programa dentro ó fuera de la agencia.
24. Deben avisarle de su derecho de apelar contra la decisión del centro comunitario de salud y retraso mental (MHMR) de rechazar, reducir ó suspender servicios ó apoyo. Si usted recibe Medicaid, también tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial de Medicaid.
25. Tiene el derecho de recibir servicios que tratan trastornos psiquiátricos y el uso de sustancias.
26. Tiene el derecho de apelar contra una decisión tomada por el centro de salud mental y retraso mental, de negar, suspender o reducir servicios o apoyos, debido a la falta de pago.

Derechos adicionales de las personas que ingresan en los programas residenciales y de pacientes internos

1. Tiene el derecho de ejercer su libertad de religión, incluso el derecho de negarse a participar en actividades religiosas.
2. Tiene el derecho de pedir que lo cambien a otro cuarto. El personal tiene que prestar atención a su petición y darle una respuesta y la razón de la respuesta tan pronto como sea posible.
3. Tiene el derecho de recibir tratamiento para problemas médicos ó físicos el cual afectan su tratamiento. Si su doctor no cree que el tratamiento del problema físico es necesario para su salud, seguridad ó estado mental, usted tiene el derecho de buscar tratamiento fuera de la unidad de pacientes internos pero tendrá que pagar a su propio costo.
4. Si se encuentra en un hospital ó centro estatal y no tiene la manera de pagar el transporte para regresar a su casa cuando lo den de alta, el estado pagará el costo del transporte.
5. Si usted es un adulto, sin tutor, que ha ingresado en un programa para pacientes internos, tiene el derecho de recibir información sobre las decisiones de atención médica y de preparar una directiva anticipada según lo permite la ley estatal.
6. Tiene el derecho de que se avise de su ingreso ó salida a personas que usted escoja.
7. Usted y su familia tienen el derecho de recibir aviso sobre la disponibilidad del fondo de fideicomiso para guardar con seguridad sus fondos personales.

8. Usted tiene el derecho de que se le informe por escrito sobre cualquier medicamento recetado ordenado por el doctor que lo atiende, incluyendo el nombre del medicamento, las condiciones bajo las cuales se puede recetar, los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios y la fuente de la información proporcionada. Este derecho se hace extensivo a toda su familia, siempre y cuando usted esté de acuerdo.
9. Usted tiene el derecho de recibir una lista de los medicamentos prescritos para usted dentro de cuatro (4) horas de haber hecho la petición por escrito. La lista tiene que incluir el nombre de cada medicamento, su dosis, cómo se administra y con qué frecuencia, así como también el nombre del doctor que lo recetó. Este derecho se hace extensivo a su familia, con su consentimiento.
10. Usted tiene el derecho de estar libre de restricciones físicas y de aislamiento a menos que un doctor lo haya ordenado. Es posible que lo sujeten ó aislen en caso de una emergencia sin la orden de un doctor. Si el doctor no está de acuerdo con esta decisión, usted quedará libre. Le tienen que explicar por qué fue sujetado ó aislado y qué tiene que hacer para que lo suelten.

Si usted participa en un programa para pacientes internos, su doctor puede limitar los siguientes derechos (11-16), pero eso dependerá de cada caso y será para mantener su bienestar físico y emocional ó para proteger a otra persona. Las razones de cualquier limitación tienen que ser anotadas en su expediente médico, tener la fecha y la firma de su doctor, y haberles sido explicadas a usted y a cualquier persona legalmente autorizada para representar sus intereses. A menos que se especifique de otra manera, las limitaciones de sus derechos tienen que revisarse por lo menos cada siete (7) días y si se renuevan, tiene que hacerse por escrito.

11. Tiene el derecho de comunicarse con los demás, por escrito, por teléfono y en persona, con toda la privacidad posible. Estos derechos son:
 - horas de visita razonables,
 - oportunidades para que los padres visiten a sus hijos menores de edad,
 - acceso a un teléfono y a enviar y recibir correo sellado y no censurado.
12. En ningún momento se puede limitar su derecho de ponerse en contacto con un abogado ó de que un abogado se ponga en contacto con usted. También tiene el derecho de verse sin restricciones con el Funcionario de Protección de Derechos, el representante de Advocacy, Inc., doctores privados y otros profesionales de salud mental, a horas y en lugares razonables.
13. Tiene el derecho de mantener y usar sus bienes personales, como el derecho de usar su propia ropa y artículos religiosos ó simbólicos. Tiene el derecho de usar ropa apropiada, presentable, limpia y a su medida. Si no tiene ropa apropiada, se la proporcionarán.
14. Tiene el derecho de tener oportunidades diarias de hacer ejercicio físico y de pasar tiempo al aire libre, con ó sin supervisión. Cualquier indicación del doctor que limite este derecho debe ser evaluada y renovada por lo menos cada tres (3) días. Cualquier limitación de este derecho debe ponerse por escrito en su expediente médico y explicársele a usted, su padre ó tutor.
15. Tiene el derecho de ir a partes del campus fuera de la unidad, por ejemplo a zonas recreativas, la cafetería ó el comedor, con ó sin supervisión, cuando no tenga que participar en actividades de tratamiento.
16. Tiene el derecho de verse con personas del sexo opuesto, con ó sin supervisión, según lo considere apropiado para usted su equipo de tratamiento.

Derechos adicionales de las personas que ingresan en los programas para pacientes internos

*Ingresos voluntarios:
derechos especiales
OBSERVE: esta sección no se aplica a internamientos penales..*

1. Tiene el derecho de pedir que lo den de alta del ingreso voluntario al hospital ó a la unidad de estabilización, en cualquier momento. Puede hacer esta petición por escrito ó puede pedírselo a un miembro del personal. El miembro del personal tiene que documentar su petición de ser dado de alta.
2. Por ley, tiene el derecho de ser dado de alta del hospital dentro de cuatro (4) horas después de hacer la petición. Solo hay tres razones por las cuales no lo darían de alta:
 - Si cambia de idea y decide quedarse, puede firmar un documento que dice que no desea irse, ó puede decirle a un miembro del personal que no quiere irse. El miembro del personal tiene que ponerlo por escrito por usted.
 - Si tiene menos de 18 años y la persona que tramitó su ingreso (su padre, tutor o tutor principal) no quiere que usted salga, es posible que no pueda salir. Si usted pide que lo den de alta, el personal tiene que explicarle si usted puede ó no autorizar su propia salida y por qué. El hospital ó la unidad de estabilización de crisis tiene que avisar a la persona que puede autorizar su salida e informarle de su deseo de irse. El doctor u otro miembro del equipo de tratamiento tiene que hablar con su padre ó tutor y documentar en su expediente médico la fecha, hora y conclusión de la conversación.
 - Es posible que aplacen su salida más de cuatro (4) horas si un doctor tiene razón para creer que usted podría satisfacer los requisitos de servicios ordenados por la corte ó de detención de emergencia debido a que:
 - Es posible que se lastime gravemente,
 - Es posible que lastime gravemente a otras personas ó
 - Su estado de salud seguirá empeorando y usted no puede tomar una decisión informada sobre si debe quedarse ó no para recibir tratamiento.

- Si el doctor cree que usted satisface los requisitos de servicios ordenados por la corte ó de detención de emergencia, debe examinarlo a usted en persona dentro de las 24 horas del momento en que presentó la petición para que lo den de alta. Tienen que permitirle salir del hospital una vez que se realice el examen en persona, a menos que el doctor confirme que usted llena los criterios y presente una solicitud para que usted reciba servicios ordenados por la corte. La solicitud le pide al juez que emita una orden de la corte que le exija a usted quedarse en el centro para recibir los servicios.
 - Aunque se presente una solicitud para servicios ordenados por la corte, no pueden detenerlo en el hospital después de las 4:00 p.m. del primer día laboral después del examen en persona, a menos que consigan una orden de la corte (orden de detención de emergencia u orden de custodia de protección).
 - Si el juez está de acuerdo con la petición del doctor, se emitirá una orden de la corte exigiendo que usted se quede en el centro. Usted tiene el derecho de hablar con su abogado antes de la audiencia ante la corte. También tiene el derecho de estar presente y participar en todas las audiencias ante la corte programadas a menos que renuncie a este derecho. Pero si renuncia al derecho de estar presente en su audiencia, podría emitirse una orden de brindarle servicios ordenados por la corte sin tomar en cuenta su opinión.
3. Tiene el derecho de que no se presente una solicitud para servicios ordenados por la corte mientras recibe servicios como paciente voluntario en una unidad de pacientes internos a menos que su doctor determine que usted llena los requisitos para recibir servicios ordenados por la corte y:
- usted hace la petición para ser dado de alta,
 - usted está ausente sin autorización,
 - su doctor piensa que usted no puede dar su consentimiento para recibir el tratamiento apropiado y necesario ó

- usted se niega a dar su consentimiento para recibir el tratamiento apropiado y necesario y su doctor indica en un certificado de examen médico que:
 - no hay ningún tratamiento alternativo razonable y
 - usted no se beneficiaría de la atención continua como paciente interno sin el tratamiento recomendado.

El doctor podría considerar la idea de darle de alta si usted se niega a dar su consentimiento para recibir el tratamiento.

4. El doctor tiene que documentar en su expediente médico e informarle a usted sobre cualquier plan de presentar una solicitud para tratamiento ordenado por la corte ó para detenerlo a usted por otras razones clínicas. Si el doctor decide que usted está listo para ser dado de alta, deben darlo de alta sin ninguna demora.
5. Tiene el derecho de no recibir amenazas ni información engañosa sobre lo que podría suceder si pide que lo den de alta de un ingreso voluntario a un programa de pacientes internos.

Observe: la ley ha sido escrita para garantizar que las personas que no necesitan tratamiento no sean internadas. El Código de Salud y Seguridad de Texas dice que cualquier persona que intencionalmente cause ó ayude a otra persona a causar el ingreso injusto de otra persona a un hospital de salud mental es culpable de un delito penado con una multa de hasta \$5,000 y encarcelamiento en una cárcel del condado por hasta un año.

Detención de emergencia: derechos especiales

(Ingreso por hasta 48 horas para una evaluación)
OBSERVE: esta sección no se aplica a internamientos penales.

1. Usted tiene el derecho de saber:
 - dónde está,
 - por qué lo tienen detenido y
 - que tal vez lo detengan por un largo tiempo si el juez determina que usted necesita tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de llamar a un abogado. El personal tiene que ayudarle a llamar a un abogado si usted se lo pide. Si se comunica con un abogado y utiliza sus servicios, el costo de esos servicios es responsabilidad suya.
3. Usted tiene el derecho a ser examinado por un doctor lo más pronto posible, pero en ningún momento más de 12 horas después de haber sido detenido. No se le permitirá salir si el doctor piensa que usted podría lastimarse ó lastimar a los demás, el riesgo de que esto suceda es probable a menos que usted haya sido detenido en un lugar para pacientes internos, y la detención de emergencia es la forma menos limitante de restricción. Si el doctor determina que usted no satisface todos estos criterios, se le tiene que permitir salir dentro de las 48 horas después de ser detenido, excepto los fines de semana y en días de fiesta oficiales, cuando la decisión y su liberación puede demorarse hasta las 12:00 del mediodía del primer día laboral normal. La decisión y su liberación también se pueden demorar en el caso de una emergencia de clima extremo. Si se le pide a la corte que le ordene a usted que se quede más tiempo, le deben informar que tiene el derecho a una audiencia dentro de 72 horas.
4. Si el doctor determina que usted no tiene que permanecer en la unidad de pacientes internos, el hospital ó la unidad de estabilización de crisis hará los arreglos para que lo lleven a donde lo recogieron si usted quiere regresar, ó a su casa en Texas ó a otro lugar apropiado a una distancia razonable.
5. Tiene el derecho de que se le informe de que cualquier cosa que diga ó haga podría usarse en procedimientos judiciales para una detención futura.

Orden de custodia de protección: derechos especiales

(Ingreso por hasta 14 días)
OBSERVE: esta sección no se
aplica a internamientos penales.

1. Usted tiene el derecho de llamar a un abogado ó de que le designen un abogado para que lo represente en una audiencia (llamada “audiencia de causa probable”) para determinar si usted debe permanecer bajo custodia hasta que se lleve a cabo una audiencia sobre los servicios de salud mental ordenados por la corte (internamiento temporal ó extendido). El abogado designado por la corte lo representa sin costo alguno para usted.
2. Antes de que se lleve a cabo la audiencia de causa probable, usted tiene el derecho de que se le informe por escrito:
 - de que usted ha sido colocado bajo una orden de custodia de protección,
 - de por qué se dictó la orden y
 - sobre la hora y el lugar de la audiencia para determinar si usted debe permanecer bajo custodia hasta que se lleve a cabo la audiencia sobre los servicios de salud mental ordenados por la corte. Su abogado también debe recibir este aviso.
3. Usted tiene el derecho a una audiencia de causa probable dentro de 72 horas de su detención bajo orden de custodia de protección, excepto los fines de semana y los días de fiesta oficiales, cuando la decisión puede demorarse hasta las 4:00 de la tarde del primer día laboral normal, ó en caso de una emergencia debido al clima extremo.
4. Usted tiene el derecho de no permanecer bajo custodia si:
 - han pasado 72 horas y no se ha llevado a cabo la audiencia (excepto en el caso de emergencia debido al clima ó a aplazamiento debido a que es fin de semana o un día de fiesta oficial),
 - no se ha dictado una orden de servicios de salud mental ordenados por la corte dentro de los 14 días de haber presentado una solicitud (30 días si la corte concedió un aplazamiento) ó
 - un doctor concluye que usted ya no necesita custodia de protección ó servicios de salud mental ordenados por la corte.

Servicios ordenados por la corte: derechos especiales

Ingreso temporal (hasta 90 días) ó prolongado (internamiento de hasta 12 meses)
OBSERVE: esta sección no se aplica a internamientos penales.

1. Usted u otra persona pueden, en cualquier momento durante su internamiento, pedirle a la corte que le conceda una moción para otra audiencia.
2. Si por orden de la corte recibe servicios extendidos de salud mental, puede pedirle a un juez que ordene que un doctor lo vuelva a examinar para determinar si usted todavía llena los requisitos para permanecer internado. Si el juez está de acuerdo en revisar su internamiento, un doctor tiene que presentar un certificado de examen médico ante la corte dentro de los diez (10) días de la fecha en que usted presentó la petición a la corte.
3. Si el doctor dice que usted sigue satisfaciendo los criterios para permanecer internado, ó si no se presentó ningún certificado de examen médico dentro de los diez (10) días y usted no ha sido dado de alta, el juez puede programar la hora y el lugar para llevar a cabo la audiencia, si usted lo pide. Si el doctor dice que usted no llena los requisitos para permanecer internado, tienen que darlo de alta.

www.dshs.state.tx.us/mentalhealth.shtm



**Servicio al
Consumidor y
Protección de
Derechos**

www.dshs.state.tx.us/mhservices/MHConsumerRights.shtm



¿Cuál es el cargo por los servicios de salud mental?

Los servicios de salud mental que ofrecemos son financiados por el estado de Texas, el gobierno local y los consumidores que pueden pagar.

Cargos por servicios

No le negaremos los servicios. Nuestro cobro por los servicios se basa en su capacidad de pago. La forma en que determinamos su capacidad de pago es justa e igual para todos.

Para determinar su capacidad para pagar los servicios, necesitamos información sobre:

- Sus ingresos
- Cualquier gasto extraordinario (por ejemplo, gastos médicos mayores)
- Gastos de cuidado de niños, pérdidas o daños importantes a la propiedad
- El número de personas en tu familia

Su responsabilidad de pago

Sus ingresos (menos gastos extraordinarios) y el número de personas en su familia se aplicarán a una tabla de tarifas para determinar su cuota mensual máxima. Recibirá el formulario para determinar su cuota mensual máxima. Si su cuota mensual máxima es mayor que cero, recibirá una factura por los servicios. Tiene la opción de pagar más de su cuota mensual máxima.

Nota: Los padres no son responsables del pago máximo mensual de sus hijos adultos. Los hijos adultos no son responsables del pago máximo mensual de sus padres. Si más de un miembro de la familia recibe servicios, el pago máximo mensual corresponde a la familia.

Beneficios de Medicaid o Medicare

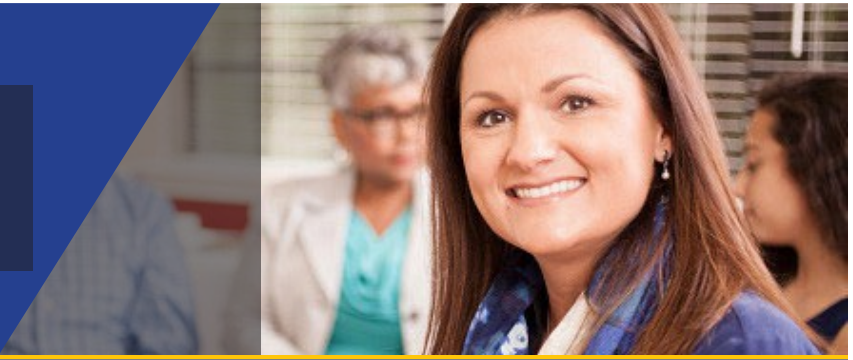
Los servicios cubiertos por Medicaid se facturarán directamente a Medicaid y no se le cobrarán. Si tiene Medicare, deberá pagar los copagos, coaseguros y deducibles hasta su cuota mensual máxima. Si sus servicios no están cubiertos por Medicaid ni Medicare, se le podría cobrar hasta su cuota mensual máxima.

Servicios de Salud Mental ofrecidos:

- Servicios de Intervención en Crisis
- Tratamiento Residencial de Crisis
- Estabilización de Crisis
- Transporte de Crisis
- Equipo Móvil de Alcance en Crisis
- Gestión de casos
- Servicios para Pacientes Hospitalizados
- Manejo de Medicamentos
- Asesoramiento
- Entrenamiento de Medicación
- Servicios de Rehabilitación Psicósocia
- Entrenamiento de Habilidades
- Colaboraciones Comunitarias de Salud
- Acceso al Proyecto
- Vivienda de Apoyo Permanente
- Asistencia Para la Transición a Personas sin Hogar
- Restauración de Competencias en Oficinas y Cárceles
- Oficina Correccional de Texas para Delincuentes con Discapacidades Médicas o Mentales
- Trato Comunitario Asertivo
- Beneficios para el Consumidor
- Manejo y Recuperación de Enfermedades
- Planificación de Recuperación
- Empleo con Apoyo

Nota: No todos los servicios se ofrecen en todas las ubicaciones.

Nuestro objetivo es trabajar con usted para que pueda seguir recibiendo servicios.



Beneficiario de un Seguro Médico Privado

Si tiene un seguro de salud privado y completa una asignación de beneficios, le facturaremos directamente a su seguro por los servicios cubiertos. Usted es responsable de los cargos que su seguro no cubre. Si tiene seguro y no completa una asignación de beneficios, podemos cobrarle el cargo estándar completo por los servicios. Si no somos un proveedor de su plan de seguro, le ayudaremos a localizar un proveedor que pueda aceptar su seguro. Usted tiene el derecho a apelar esta decisión. Las instrucciones para apelar se encuentran en la notificación escrita que recibirá si se niegan los servicios. Para solicitar que la decisión de la apelación sea revisada por el Defensor del Pueblo para la Unidad de Salud Conductual, llame al 800-252-8154.

Nota: Si no aceptamos su seguro médico privado y lo derivamos a otro proveedor para recibir servicios, puede apelar esta decisión como una denegación de servicios.

Fondos Fiduciarios y Cargos

Algunas personas o sus familiares establecen fideicomisos para proporcionar su propio cuidado y tratamiento o el de sus seres queridos. Los fideicomisos pueden estar sujetos a reclamaciones por algunos o todos los servicios de salud mental. Cualquier persona preocupada por proteger los fideicomisos de la responsabilidad debe consultar con un abogado. Por ejemplo, un estatuto del Código de Salud y Seguridad de Texas, §534.0175, protege a un fideicomiso de la responsabilidad por el apoyo de la persona, incluidos los servicios de salud mental, si los activos del fideicomiso no superan los \$250,000 y se cumplen ciertos criterios para el fideicomiso.

Dificultades Financieras

Si es difícil pagar todos los cargos adeudados, podemos hacer arreglos para que pague temporalmente una cantidad menor cada mes. Si tiene un seguro de salud privado y las dificultades financieras le impiden pagar su coseguro completo, copagos o deducibles, llegaremos a un acuerdo con usted para no pagar más de su tarifa mensual máxima (o \$5 al mes, si su tarifa mensual máxima es cero) hasta que se pague su saldo.

Reducción o Terminación de Servicios por Falta de Pago

Nuestro objetivo es trabajar con usted para que pueda seguir recibiendo servicios. Si los cargos siguen sin pagarse y no se deben a dificultades financieras, podemos proponerle que reduzca o suspenda sus servicios. Usted tiene derecho a apelar esta decisión. Las instrucciones se encuentran en la notificación escrita que recibirá antes de que se reduzcan o cancelen los servicios. Para solicitar que la decisión de la apelación sea revisada por el Defensor del Pueblo para la Unidad de Salud Conductual, llame al 800-252-8154.

Local Mental or Behavioral Health Authority

Nombre

Dirección

Numero De Telefono

Preguntas o Inquietudes:

Si tienes alguna pregunta o necesitas información adicional:

Contact person

Phone number

Personas que reciben servicios en su programa de PermiaCare que son financiados por el Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) y/o el Departamento de Servicios de Envejecimiento y Discapacidad (DADS) tienen derecho a un proceso de notificación y apelación. Esto no solo se aplica a los clientes que expresan sus preocupaciones o satisfacciones con las decisiones relativas a los servicios/ apoyos prestados, sino que también se aplica a la denegación o el cese de los servicios/apoyos. Las personas serán notificadas por escrito por PermiaCare del proceso de recurso solicitando la revisión de las siguientes decisiones:

- La decisión de denegar los servicios/apoyos a la persona al final de PermiaCare. El procedimiento que determina si una persona cumple los criterios de la población objetivo.
- La decisión de terminar los servicios/apoyos y el seguimiento de PermiaCare o su contratista, si es apropiado.
- La notificación por escrito debe entregarse o enviarse por correo a la persona en un plazo de diez (10) días laborales a partir de la fecha en que se tomó la decisión.

La notificación escrita debe indicar el motivo de la decisión y explicar que la persona puede ponerse en contacto con PermiaCare o con su contratista, según corresponda, en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la notificación si no está satisfecha con la decisión.

PermiaCare no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad o edad en la admisión, el tratamiento o la participación en sus programas, servicios y actividades, o en el empleo. Todas las instalaciones de PermiaCare son accesibles en silla de ruedas. Para más información, póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos al (432) 570-3325.

El personal de PermiaCare no debe desanimar, intimidar, acosar o buscar represalias contra los clientes que intenten ejercer sus derechos o presentar una queja.

Las Personas pueden presentar una queja o recurso escribiendo a:

PermiaCare
401 East Illinois, Suite 403
Midland, Tx 79701

Si necesitas ayuda para entender el Proceso de apelación, póngase en contacto con su asistente social/ Coordinador de Servicios o con el Defensor de los Derechos del Cliente.



NOTIFICACION DEL PROCESO DE APELACION

PARA LAS PERSONAS QUE RECIVEN SERVICIOS O APOYOS FINANCIAMIENTO POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SANITARIAS DEL ESTADO DE TEXAS (DSHS) Y/O EL DEPARTAMENTO DE ENVEJECIMIENTO DE TEXAS Y SERVICIOS PARA DISCAPACITADOS (DADS) Y QUE SON PROPORCIONADOS O CONTRATADOS POR PERMIACARE.

DECLARACION DE LA MISION DE PERMIACARE:
Nuestra misión es mejorar el comportamiento y el desarrollo de la salud y el bienestar de nuestra comunidad ayudando a las personas a vivir lo mejor posible.

¿Quién tiene Derecho a Apelar?

Las personas que reciben servicios en los programas de PermiaCare que son financiados por el Departamento de Texas y/o el Departamento de servicios de Envejecimiento y Discapacidad de Texas (DADS) tienen el derecho a un proceso de notificación y apelación.

Usted tiene derecho a apelar una decisión

Tomada por PermiaCare si:

1. Se le han denegado los servicios y/o Ayuda porque no cumple los criterios de la población prioritaria, o
2. Se han terminado los servicios y/o Apoyos, o
3. Los servicios y/o apoyos se han reducido. Incluyendo la cantidad, la duración o el Alcance.

Se le notificara que:

1. Se le han denegado servicio y/o ayudas, o
2. Sus servicios y/o apoyos han sido terminados, o
3. Sus servicios y/o ayudas se han reducido.

Usted o su representante legalmente autorizado recibirá o recibirán por correo, una notificación por escrito en la que se detallara el motivo de la decisión de denegar, finalizar o reducir los servicios en un plazo de diez (10) días laborales a partir de la fecha en que se tomó la decisión.

Se puede presentar una solicitud de revisión de la decisión, Las personas insatisfechas con las decisiones pueden ponerse en contacto con El Defensor de los Derechos del Cliente de PermiaCare al (432) 570-3333 o Llamada gratuita al 1-888-570-3310.

Si una persona cree que PermiaCare o su contratista ha tomado una decisión de reducir involuntariamente los servicios cambiando la cantidad, la duración o el alcance de los servicios y/o apoyos proporcionados, y no está satisfecha con esa decisión, entonces la persona puede solicitar por escrito que esta decisión sea revisada.

1. La revisión en iniciaría en un plazo de diez (10) días laborales a partir de la recepción de la solicitud de revisión, y se completara en una plaza de (10) días laborables a partir del momento en que se inicie, a menos que el Director Ejecutivo concede una extensión.
2. Asimismo, si la decisión de reducir involuntariamente los servicios está relacionada con un Servicios de Crisis y la persona solicita por escrito que se revise esta decisión, la revisión comenzará inmediatamente después de recibir la solicitud y se completara en cinco (5) días laborales.
3. La revisión será realizada por una o varias personas que no hayan participado en la decisión inicial.

La revisión deberá:

1. Incluya una revisión de la decisión original que condujo a la insatisfacción de la persona.
2. Resultado de la decisión de mantener, invertir, o modificar la decisión original.
3. Dar a la persona la oportunidad de expresar sus preocupaciones en persona, o por teléfono, a la persona que revisa la decisión
4. Permitir que la persona tenga un representante que hable con el revisor, o presentar sus preocupaciones por escrito, en una grabación; o de alguna otra manera.

Después de una revisión, PermiaCare explicara a la persona por escrito, y también en persona o por el teléfono, si así lo solicita, la acción, que PermiaCare tomara o, si no se tomara ninguna acción, porque la revisión no cambio la decisión o por que se cree que cambiar la acción no sería lo mejor para la persona. Este es el último paso proceso de revisión.

Esto no excluye el derecho de una persona a las revisiones, apelaciones o otras acciones que acompañan a otros fondos administrados a través de PermiaCare o sus contratistas, o a otros procesos de apelación previstos por otras Leyes Estatales y Federales, por ejemplo; Los Estatutos de Medicaid; Código de Recursos Humanos de Texas, Capitulo 73.