

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.



**Pautas Federales del Nivel de Ingresos de Pobreza**

**2026 HHSC Substance Use Disorder Financial Eligibility Sliding Scale**

**Escala móvil de elegibilidad financiera para el trastorno por uso de sustancias de la HHSC 2026**

Tamaño de la familia	Ingresos desde / hasta	0 to 100% FPIL	>100% hasta 133% FPIL	>133% hasta 185% FPIL	>185% hasta 200% FPIL	>200% hasta 225% FPIL	>225% hasta 250% FPIL	>250% hasta 275% FPIL	>275% hasta 300% FPIL	>300% hasta 325% FPIL	>325% hasta 350% FPIL	>350% FPIL
1	From	\$0	\$15,961	\$21,228	\$29,527	\$31,921	\$35,911	\$39,901	\$43,891	\$47,881	\$51,871	\$55,861
	To	\$15,960	\$21,227	\$29,526	\$31,920	\$35,910	\$39,900	\$43,890	\$47,880	\$51,870	\$55,860	y más de
2	From	\$0	\$21,641	\$28,782	\$40,035	\$43,281	\$48,691	\$54,101	\$59,511	\$64,921	\$70,331	\$75,741
	To	\$21,640	\$28,781	\$40,034	\$43,280	\$48,690	\$54,100	\$59,510	\$64,920	\$70,330	\$75,740	y más de
3	From	\$0	\$27,321	\$36,337	\$50,543	\$54,641	\$61,471	\$68,301	\$75,131	\$81,961	\$88,791	\$95,621
	To	\$27,320	\$36,336	\$50,542	\$54,640	\$61,470	\$68,300	\$75,130	\$81,960	\$88,790	\$95,620	y más de
4	From	\$0	\$33,001	\$43,891	\$61,051	\$66,001	\$74,251	\$82,501	\$90,751	\$99,001	\$107,251	\$115,501
	To	\$33,000	\$43,890	\$61,050	\$66,000	\$74,250	\$82,500	\$90,750	\$99,000	\$107,250	\$115,500	y más de
5	From	\$0	\$38,681	\$51,445	\$71,559	\$77,361	\$87,031	\$96,701	\$106,371	\$116,041	\$125,711	\$135,381
	To	\$38,680	\$51,444	\$71,558	\$77,360	\$87,030	\$96,700	\$106,370	\$116,040	\$125,710	\$135,380	y más de
6	From	\$0	\$44,361	\$59,000	\$82,067	\$88,721	\$99,811	\$110,901	\$121,991	\$133,081	\$144,171	\$155,261
	To	\$44,360	\$58,999	\$82,066	\$88,720	\$99,810	\$110,900	\$121,990	\$133,080	\$144,170	\$155,260	y más de
7	From	\$0	\$50,041	\$66,554	\$92,575	\$100,081	\$112,591	\$125,101	\$137,611	\$150,121	\$162,631	\$175,141
	To	\$50,040	\$66,553	\$92,574	\$100,080	\$112,590	\$125,100	\$137,610	\$150,120	\$162,630	\$175,140	y más de
8	From	\$0	\$55,721	\$74,109	\$103,083	\$111,441	\$125,371	\$139,301	\$153,231	\$167,161	\$181,091	\$195,021
	To	\$55,720	\$74,108	\$103,082	\$111,440	\$125,370	\$139,300	\$153,230	\$167,160	\$181,090	\$195,020	y más de
Para cada uno de ellos persona adicional, añadir		\$5,680	\$5,680	\$7,554	\$10,508	\$11,360	\$12,780	\$14,200	\$15,620	\$17,040	\$18,460	n/a
Tarifa del cliente		0%	0%	0%	0%	10%	20%	35%	50%	65%	80%	100%
Porción de la HHSC		100%	100%	100%	100%	90%	80%	65%	50%	35%	20%	0%

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

**PERMIACARE  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS**

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

**DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES**

- A. Entiendo que mi consentimiento para los servicios es voluntario, a menos que el Tribunal lo ordene, y puedo terminar los servicios cuando lo desee, a menos que el Tribunal lo ordene.
- B. Entiendo que tengo derecho a una explicación de las consecuencias, riesgos y beneficios comunes o probables de los servicios. Además, entiendo que puedo apelar cualquier decisión del personal con respecto a mi cuidado.

**CONFIDENCIALIDAD**

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

Al firmar este consentimiento, reconozco que:

**Círculo uno**

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERMIACARE**

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_ **Caso #.** \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN DE EMERGENCIA, CONSENTIMIENTO Y CONTACTOS**  
**(Obligatorio para todos los participantes)**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del participante                      Fecha                      Firma del testigo                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o del representante legalmente autorizado                      Fecha

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

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Teléfono: (casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_  
Alergias a los medicamentos: \_\_\_\_\_

**MÉDICO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRANSPORTE**  
**(Completar si es aplicable)**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del participante                      Fecha                      Firma del testigo                      Date

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o del representante legalmente autorizado                      Fecha



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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Caso N.: \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN SOBRE LA TUBERCULOSIS**

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre la tuberculosis. Se me ofreció una recomendación para un examen voluntario y confidencial de tuberculosis.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y credenciales del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PRODUCTOS DE TABACO Y EDUCACIÓN SOBRE LA ADICCIÓN A LA NICOTINA**

Certifico que se me ha proporcionado educación sobre los riesgos para la salud de los productos de tabaco y la adicción a la nicotina.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y credenciales del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EDUCACIÓN SOBRE LA HEPATITIS B Y C**

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y credenciales del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EDUCACIÓN SOBRE EL VIH Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y credenciales del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

(A completar antes de la admisión)

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

N° del cliente: \_\_\_\_\_

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

**Por favor, que el cliente ponga sus iniciales en lo siguiente:**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y credenciales del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

N. del caso: \_\_\_\_\_

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

**Sus derechos se enumeran a continuación:**

1. Tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento después de recibir esta explicación.
2. Si acepta el tratamiento tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento (a menos que la ley lo restrinja específicamente).
3. Tiene derecho a un entorno humano que le proporcione una protección razonable contra el daño y una privacidad apropiada para sus necesidades personales.
4. Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
5. Tiene derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
6. Tiene derecho a un tratamiento apropiado en el entorno menos restrictivo disponible que satisfaga sus necesidades.
7. Tiene derecho a que le informen sobre las normas y reglamentos del programa antes de ser admitido, incluyendo, sin limitación, las normas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento. Su representante legalmente autorizado, si lo hay, también tiene el derecho de ser y será notificado de las reglas y políticas relacionadas con las restricciones y el aislamiento.
8. Tiene derecho a que se le informe antes de su admisión sobre:
  - a. la condición a ser tratada;
  - b. el tratamiento propuesto;
  - c. los riesgos, beneficios y efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos;
  - d. las probables consecuencias para la salud y la salud mental de rechazar el tratamiento;
  - e. otros tratamientos disponibles y cuáles, si los hubiera, podrían ser apropiados para usted; y
  - f. el tiempo de estancia previsto.
9. Tiene derecho a un plan de tratamiento diseñado para satisfacer sus necesidades, y tiene derecho a participar en el desarrollo de ese plan.
10. Tiene derecho a reunirse con el personal para revisar y actualizar el plan con regularidad.
11. Tiene derecho a negarse a participar en la investigación sin que ello afecte a su atención habitual.
12. Tiene derecho a que la información sobre usted se mantenga en privado y a que se le informe sobre las veces que la información puede ser revelada sin su permiso.
13. Tiene derecho a que se le informe con antelación de todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios de la que el centro tenga conocimiento.
14. Tiene derecho a recibir una explicación de su tratamiento o de sus derechos si tiene preguntas mientras está en tratamiento.
15. Tiene derecho a presentar una queja y a recibir una respuesta justa de la PBCC dentro de un plazo razonable.
16. Usted tiene el derecho de quejarse directamente al Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) en cualquier momento razonable.
17. Tiene derecho a obtener una copia de estos derechos antes de ser admitido, incluyendo la dirección y el número de teléfono del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS).
18. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos en términos sencillos, de manera que los pueda entender, dentro de las 24 horas de haber sido admitido.

***Al firmar este formulario, reconozco que:***

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y credenciales del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

N. del caso: \_\_\_\_\_

Al ser dado de alta de (nombre del programa) \_\_\_\_\_

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

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

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

- \_\_\_\_\_ Solo o
- \_\_\_\_\_ Con mis padres nombre(s) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Con familiares nombre(s) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Con amigos nombre(s) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ En la institución nombre \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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



**INSTRUCTIONS:**

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

Client Name: \_\_\_\_\_

CMBHS Client# : \_\_\_\_\_

Provider: \_\_\_\_\_

## PermiaCare SA Attestation Form

**Residencia:**

Yo, \_\_\_\_\_, doy fe de que soy residente del estado de Texas, y que actualmente resider en: \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ el condado.

Mi número de teléfono es \_\_\_\_\_. Actualmente vivo con \_\_\_\_\_.  
y se les puede contactar en \_\_\_\_\_.

**Ingreso:**

Certifico que actualmente estoy:     Desempleado     Empleado

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

Gano o recibo \$ \_\_\_\_\_     Diario     Semenal     Bi-Semanal     Mensual

Los fondos vienen de \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Atestiguado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Reglas del grupo**

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

### **Expectativas de la sesión individual**

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

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

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# PERMIACARE

## FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO

Yo, \_\_\_\_\_ confirmo mi  
comprensión y recepción de:

- 1) un resumen de los derechos del cliente
  
- 2) los procedimientos de reclamación del PC, que incluye la información de la  
Comisión de Investigación del DSHS
  
- 3) Doy permiso al consejo para que reúna y comparta información sobre mí, con  
el fin de recomendaciones de tratamiento
  
- 4) La información dada es exacta en la medida de mis posibilidades

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del personal del PC:

\_\_\_\_\_  
Fecha

# PERMIACARE

## Derechos del participante

Todos los participantes tienen derecho a:

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

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

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

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

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

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

---

Firma del cliente

---

Fecha

---

Firma de los padres o tutores

---

Fecha

---

Firma del Personal (testigo):

---

Fecha

**Permiacare**  
**Programas de abuso de sustancias**  
**Declaración de certificación**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Por la presente atestigo lo siguiente:

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ Estoy actualmente desempleado y lo he estado desde la fecha. \_\_\_\_\_.

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

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

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

\_\_\_\_\_ No recibo TANF (cupones de alimentos), SSI, SSDI, HUD Incentivos de vivienda, WIC, beneficios de desempleo, pensión alimenticia o ingresos de jubilación.

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Preparado por Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha

# PERMIACARE

## Declaración de derechos del cliente

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Miembro del personal que proporciona la explicación :

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERMIACARE**  
**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

## 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

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: \_\_\_\_\_

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

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

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

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, Investigación del Grupo de Cumplimiento sobre el Abuso de Sustancias

1100 West 49<sup>th</sup> Street  
Austin, Texas 78756-2823  
(800) 832-9623

Junta de Examinadores Médicos del Estado de Texas (para la presentación de reclamaciones contra los médicos con licencia)

1812 Centre Creek Drive, Suite 300  
Austin, Texas 78754

Línea directa del Departamento de Servicios Humanos de Texas: (800) 252-5400

Número de servicio de la Comisión de Rehabilitación de Texas: (800) 628-5515

Departamento de Justicia Penal de Texas (TDCJ)

8712 Shoal Creek Blvd., #260  
Austin, Texas 78757  
(512) 451-8442

Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas - Servicios de Protección Infantil

(800) 252-5400

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

\_\_\_\_\_  
Firma del participante/cliente/miembro de la familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del funcionario que proporciona la información:

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERMIACARE**  
**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](mailto: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.

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

---

---

## **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](http://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](http://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](mailto: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

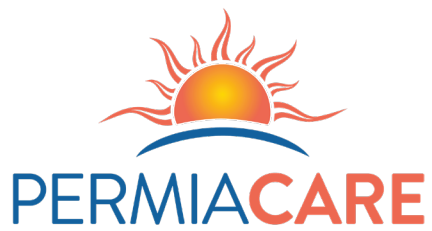
<b>DSHS</b>	<b>Departamento de Servicios de Salud del Estado</b>
<b>DFPS</b>	<b>Departamento de Servicios Familiares y de Protección</b>

## 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.

<b>INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Complete toda la información a continuación)</b>	
Nombre del Individuo: _____ Otro(s) Nombre(s) Utilizado(s): _____ Fecha de Nacimiento: _____	
Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____	
<b>AUTORIZO LO SIGUIENTE A DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DEL INDIVIDUO (Marque al menos una de las siguientes opciones):</b> <b>PermiaCare, 401 E Illinois Ave Midland, TX 79701 (432) 570-3333</b> <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): _____	<b>QUIÉN PUEDE RECIBIR Y UTILIZAR LA INFORMACIÓN MEDICA (Completa toda la información a continuación)</b> Persona/Organización: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____
<b>LA RAZON DE LA DIVULGACIÓN (Marque al menos una opción a continuación)</b> <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 _____	
<b>¿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.</b> <b>Fechas de Divulgación :</b> _____ <b>(Marque una opción abajo)</b> <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 _____	
<b>Se requiere su consentimiento para divulgar la siguiente información. Por favor, seleccione todas las opciones que apliquen.:</b> _____ Historial de salud mental <span style="margin-left: 200px;">_____ Información genética (incluyendo resultados de pruebas genéticas)</span> _____ Registros de abuso de drogas, alcohol o sustancias <span style="margin-left: 100px;">_____ Resultados de la prueba y tratamiento del VIH/SIDA</span>	
<b>PERIODO DE TIEMPO EFECTIVO.</b> 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 _____. <b>DERECHO A REVOCAR:</b> 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. <b>AUTORIZACIÓN DE FIRMA:</b> 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 _____
<b>Nombre Impreso</b> _____ <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.



## **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**