



# South Central Alabama Mental Health

*Serving Butler, Coffee, Covington & Crenshaw Counties*

## Manual del Cliente

**Acceso a Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias**

**Línea de ayuda: 334-222-7794 o llame Gratis al 1-877-530-0002**

Programa ambulatorio del condado de  
Covington 334-222-2523  
Programa ambulatorio del  
condado de Butler 334-382-2018  
Servicios para niños del condado de Butler—  
Stepping Stones 334-382-2353  
Programa ambulatorio del  
condado de Coffee 334-347-0212  
Servicios para niños del condado de Coffee -  
Stepping Stones 334-393-1732  
Programa ambulatorio del condado de  
Crenshaw 334-335-5201

**Servicios de Abuso de Sustancias**

**Pacientes ambulatorios: 334-222-2523 Servicios residenciales First Step: 334-428-5002**

### *Declaración de Misión*

*“Ayudamos a mejorar vidas, alcanzar la estabilidad e independencia y cumplir sueños con profesionalidad y empatía.”*

Adoptado: 10-1-2012 Revisado: 01/03/2013 Revisado: 1-10-2015 Revisado: 3-4-2016 Revisado: 10-23-18 Revisado: 8-30-2017 Revisado: 8-14-2018 Revisado: 10-22-2018  
Revisado: 30-04-19 Revisado: 16-11-20 Revisado: 12-2-2020 Revisado: 19-9-2022 Revisado: 30-5-23 Revisado: 06-09-23 Revisado: 24/07/23 Revisado: 21/08/23  
Revisado: 17-11-2023 Revisado: 11-06-2024 Revisado: 4-18-2025

# Bienvenido

Nos complace que haya elegido nuestra agencia. Gracias por brindarnos la oportunidad de servirle.

El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama es una corporación pública sin fines de lucro creada por los gobiernos de cuatro condados y nueve ciudades que conforman su área de servicio, y gobernada por una Junta Directiva designada por estos gobiernos locales bajo la autoridad de la Ley 310 de la Legislatura de Alabama. El Centro Sur no es una agencia estatal, sino una extensión del gobierno local- una agencia comunitaria.

Los servicios son proporcionados por un grupo de consejeros profesionales, administradores de casos, enfermeras, psiquiatras y profesionales cualificados en discapacidades del desarrollo. Nuestro personal, formado profesionalmente, brinda atención directa de la más alta calidad a personas con trastornos psicológicos, emocionales y de comportamiento.

Se cobran tarifas por los servicios prestados. Los clientes pueden calificar para una tarifa reducida según el ingreso familiar total y el tamaño de la familia. Algunos seguros pueden cubrir ciertos servicios elegibles. Puede haber restricciones en la disponibilidad de servicios según el diagnóstico, límites financieros o capacidad del programa.

Este manual se ofrece como guía para que se familiarice con nuestra misión, políticas, procedimientos y servicios, así como con sus derechos y responsabilidades. También hemos incluido información sobre recursos relacionados.

Nuestro personal revisará el manual con usted; sin embargo, le pedimos que lo lea detenidamente. Le ayudará a comprender los servicios que ofrecemos, así como sus responsabilidades y beneficios como cliente del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama. Conserve este manual a mano y utilícelo para encontrar la información que necesita. Si tiene alguna pregunta, el personal estará encantado de ayudarle.

Hemos incluido una sección para sus notas al final del manual. Conserve el manual para consultarlo si tiene alguna pregunta o duda sobre las políticas del centro.

## Servicios Ofrecidos

### **Servicios de Enfermedades Mentales**

Servicios Ambulatorios para Niños y Adultos  
Evaluación Psiquiátrica, Valoración y Derivaciones  
Terapia Individual y de Grupo  
Monitoreo de Medicación  
Gestión de Casos de Servicios Residenciales  
Servicios de Rehabilitación Diurna  
Evaluación del Tribunal de Sucesiones  
Servicios de Emergencia  
Intervención en el Hogar  
Tratamiento Diurno  
Programa Extraescolar para Niños

### **Servicios de Abuso de Sustancias**

Evaluación y Derivación  
Atención Ambulatoria  
Atención Continua en Crisis  
Gestión de Casos Residenciales

### **Servicios para Discapacidades del Desarrollo**

Gestión de Casos - Coordinación de Servicios

## Prácticas y Procedimientos de Seguridad

El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama (SCAMHC) cuenta con procedimientos para proteger la salud y la seguridad de los pacientes y el personal. Además, por razones de salud y seguridad, **NO SE PERMITE FUMAR** en los edificios ni en los vehículos de SCAMHC. No se permiten drogas ni armas ilegales en los edificios ni en los vehículos de SCAMHC.

**FUEGO:** Hay extintores ubicados en las paredes interiores de todo el edificio. Si detecta un incendio, repórtelo inmediatamente al miembro del personal más cercano. Saldrá del edificio y se dirigirá a un punto designado.

**SALIDA:** Las señales de salida se encuentran sobre cada puerta. Las rutas de evacuación de emergencia están señalizadas en cada pasillo. Por favor, revise la ruta de salida cuando esté aquí.

**CLIMA SEVERO:** Si hay condiciones meteorológicas severas en la zona, el personal estará atento a las alertas meteorológicas. Si se emite una alerta de tornado para el condado, el personal lo acompañará a un lugar seguro. El personal le notificará cuando las condiciones sean seguras para regresar a su cita o a la sala de espera.

**LESIÓN:** Si necesita primeros auxilios, notifique al personal más cercano. Hay botiquines de primeros auxilios en cada edificio; sin embargo, para cualquier lesión o enfermedad que no sea leve, el personal de SCAMHC llamará a una ambulancia.

**AMENAZA DE VIOLENCIA:** Si existe una amenaza de violencia en el edificio, el personal de SCAMHC no utiliza medidas de aislamiento ni restricción. Se podría llamar de inmediato a las autoridades policiales. SCAMHC puede utilizar intervenciones de emergencia hasta que lleguen las autoridades policiales.

# **¿Conoce sus Derechos?**

## **Programa de Protección y Defensa de los Derechos del Departamento de Salud Mental de Alabama**

**Oficina Central de Defensa  
1000 North Union Street  
Apartado Postal 301410  
Montgomery, Alabama 36130-1410  
Teléfono: 334-242-3454  
(En Montgomery)**

**O**

**1-800-367-0955  
(Fuera de Montgomery)**

•

**Programa de Defensa de las Discapacidades de Alabama (ADAP)  
1-800-826-1675**

•

**Departamento de Recursos Humanos del Condado de  
Butler Teléfono: 334-382-4400**

**Departamento de Recursos Humanos del Condado de  
Coffee Teléfono: 334-348-2000**

**Departamento de Recursos Humanos del Condado de  
Covington Teléfono: 334-427-7900**

**Departamento de Recursos Humanos del Condado de  
Crenshaw Teléfono: 334-335-7000**

## Derechos del Cliente

1. Todo cliente tiene derecho a la privacidad y a recibir servicios en un entorno seguro y humano. Tiene derecho a estar libre de cualquier forma de abuso, negligencia o maltrato.
2. Tiene derecho a recibir tratamiento y atención individualizados de calidad de un número adecuado de personal clínico profesional competente, calificado y con experiencia para garantizar la implementación adecuada de su plan de tratamiento/servicio. Está protegido contra la discriminación en la prestación de servicios, independientemente de su edad, raza, credo, discapacidad, nacionalidad, origen, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, condición social, categoría de diagnóstico o tiempo de residencia en el área de servicio, excepto que se pueden desarrollar servicios especializados para diferentes categorías de edad y/o diagnóstico.
3. Tiene derecho a la prestación de atención de acuerdo con los estándares de práctica clínica aceptados dentro del entorno menos restrictivo y más integrado que corresponda.
4. Tiene derecho a recibir información sobre los posibles efectos adversos significativos del tratamiento recomendado, incluidas alternativas, servicios y/o proveedores apropiados y disponibles.
5. Tiene derecho a expresar su preferencia respecto a la selección de su proveedor de servicios.
6. Todo cliente tendrá derecho al acceso y la privacidad del correo, teléfono Comunicaciones y visitas, a menos que existan restricciones legales. Si existen restricciones para estas formas de comunicación, se realizará con la participación del cliente y/o su familia, se explicará detalladamente y se evaluará su eficacia terapéutica.
7. Todo cliente tendrá derecho a una alimentación y una vivienda adecuadas.
8. Todo cliente tendrá derecho a recibir ayuda para obtener acceso a atención médica y dental, incluidos servicios de visión y audición.
9. Todo cliente tendrá derecho a la confidencialidad de toda la información contenida en su historial médico, de salud mental y financiero.
10. Todo cliente tendrá derecho a acceder, previa solicitud, a toda la información de su historial médico, de salud mental y financiero, a menos que el personal profesional haya determinado clínicamente que el acceso al historial sería perjudicial para la salud del cliente.
11. Todo cliente, padre o representante personal tendrá derecho a ser informado específicamente de los procedimientos para iniciar un procedimiento de queja o reclamo y las normas aplicables proceso de apelación, incluyendo los medios para solicitar una audiencia para revisar la queja. Se anima a cualquier cliente que se sienta agraviado a ponerse en contacto con el Director del Programa para iniciar el proceso de quejas. Tiene derecho a denunciar, sin temor a represalias, cualquier incidente de abuso, negligencia o explotación percibidos.
12. Todo cliente, padre o representante personal tendrá derecho a una declaración de los cargos aplicables por servicios de salud mental, detallados cuando sea posible, y el derecho a ser informado de cualquier limitación en la duración de los servicios. Tiene derecho a recibir una declaración por escrito de los servicios que se le prestarán.
13. Todo cliente, padre o representante personal tendrá derecho a una decisión individual y escrita para consentir o rechazar participar en una investigación o experimentación, con basándose en la información presentada en un entorno seguro y en un lenguaje apropiado para la condición y capacidad de comprensión del cliente. La información presentada deberá cumplir con los requisitos generales para el consentimiento informado citados en el Código de Regulaciones Federales 45 CFR.46.116, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Instituto Nacional de Salud, Oficina de Protección contra Riesgos de Investigación: "Protección de Sujetos Humanos".

## Derechos del Cliente (continuación)

14. Todo cliente tendrá el derecho a estar libre de abuso físico, sexual o psicológico (incluida la humillación), explotación, coerción, represalias, intimidación, castigo físico, acoso, amenazas, abuso fiduciario o negligencia.
15. Todo cliente tendrá derecho a tener acceso a tribunales y abogados.
16. Los clientes que estén legalmente confinados en instalaciones o programas tendrán derecho a ser informados sobre su estado de confinamiento, incluidos los requisitos del confinamiento, si los hubiera, y la duración del confinamiento. Si el cliente es menor de edad, el representante personal tiene derecho a ser informado.
17. Cada cliente, padre o representante personal tendrá derecho a ser informado sobre los medios para acceder a defensores, defensores del pueblo o servicios de protección de derechos dentro del programa, según corresponda, el Sistema de Salud Mental del Estado de Alabama, el Departamento de Recursos Humanos, el Sistema Federal de Defensa y otros servicios de defensa.
18. Todo cliente tendrá derecho a estar libre de aislamiento, restricciones, drogas u otras intervenciones administradas con fines de castigo, disciplina o conveniencia del personal.
19. Para aquellas personas legalmente confinadas en servicios de salud mental operados por el Estado de Alabama o centros de salud mental comunitarios o regionales, el cliente tendrá derecho a ser incluido en la comunidad con apoyos apropiados y adecuados, al completar o en conjunto con los términos del confinamiento.
20. Todo cliente tiene derecho a hacer valer sus derechos ante un tribunal de jurisdicción competente o ante los procedimientos administrativos apropiados.
21. Todo cliente tendrá derecho a condiciones de servicios de salud mental que apoyen su libertad personal y restrinjan la libertad sólo en la medida necesaria, en consonancia con las necesidades de tratamiento de cada cliente, los requisitos aplicables de la ley y las órdenes judiciales aplicables.
22. Todo cliente tendrá derecho a participar e involucrar a su familia en las decisiones sobre el tratamiento y la planificación del alta. Toda la información se presentará en un lenguaje comprensible para el cliente.
23. Tiene derecho a usar su propia ropa y conservar sus pertenencias personales.
24. Mientras esté en este programa, tiene derecho a practicar la fe religiosa de su elección o recibir atención pastoral.
25. No se le debe obligar a realizar un trabajo por el cual no recibe una remuneración adecuada.
26. Su plan de tratamiento debe estar diseñado específicamente para usted, en función de sus fortalezas, habilidades, preferencias y necesidades individuales y con su participación y la de su familia, si corresponde.
27. Tiene derecho a recibir servicios basados en su plan de tratamiento/servicio individualizado.
28. Usted y su familia, si así lo desean, pueden participar activamente en su tratamiento mientras esté en este programa, participar en la resolución de un conflicto sobre su tratamiento y participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con su tratamiento y atención clínica.
29. Tiene derecho a ser informado sobre la(s) persona(s) que tienen la responsabilidad principal de su tratamiento y atención clínica.
30. Tiene derecho a que se le proporcione información adecuada para facilitar su toma de decisiones informadas respecto al tratamiento.
31. Se debe obtener su consentimiento voluntario, escrito e informado para el tratamiento, la atención y servicios que recibe.
32. Tiene derecho a ejercer derechos como ciudadano de los Estados Unidos y del Estado de Alabama.
33. Usted tiene derecho a ser atendido a través de los servicios generales disponibles para todos los ciudadanos.

## Derechos del Cliente (continuación)

35. Tiene derecho a poseer bienes muebles e inmuebles. Nada de lo dispuesto en esta sección afectará las leyes existentes relativas a la transmisión de bienes personales.
36. Tiene derecho a hacer contratos.
37. Tiene derecho a obtener una licencia de conducir en las mismas condiciones que los demás ciudadanos.
38. Tiene derecho a la interacción social con miembros de cualquier sexo.
39. Tiene derecho a casarse y divorciarse.
40. Tiene derecho a que le paguen el valor del trabajo realizado.
41. Tiene derecho a ejercer sus derechos sin represalias.
42. Tiene derecho a brindar aportes a los procesos del sistema de prestación de servicios de la agencia a través de encuestas de satisfacción del cliente y otras vías proporcionadas por el órgano de gobierno.
43. Tiene derecho a administrar sus fondos personales. Si SCAMHC es su beneficiario, tiene derecho a acceder a ellos.
44. Se le debe informar de la necesidad de contar con el consentimiento de los padres o tutores para el tratamiento, si fuera aplicable.
45. Tiene derecho a rechazar servicios sin represalias, excepto según lo permita la ley.
46. Si está en un programa residencial o para pacientes hospitalizados, tiene derecho a una dieta bien balanceada que satisfaga sus necesidades nutricionales y dietéticas especiales diarias.
47. Tiene derecho al acceso y utilización de medicamentos prescritos adecuadamente.

## Sus Responsabilidades

Conscientes de que la libertad de ejercer derechos conlleva la necesidad de aceptar algunas responsabilidades, se espera lo siguiente de cada persona que esté bajo el cuidado del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, dentro de los límites de sus capacidades:

- Proporcionar, según su leal saber, información precisa y completa sobre su historial médico, incluyendo: enfermedades presentes y pasadas, medicamentos, hospitalizaciones, etc. Los clientes deben informar a su terapeuta/médico/enfermera sobre cualquier cambio en la medicación.
- Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones.
- Ser visto por un terapeuta del centro al menos cada seis (6) semanas si está recibiendo medicamentos del centro o si sus recetas provienen del médico del centro.
- Familiarizarse con las normas y reglamentos que rigen su cuidado y conducta y cumplirlos.
- Asistir a las actividades programadas y cumplir con las citas, los clientes deben notificar a la oficina con al menos 24 horas de anticipación si no pueden asistir a una cita programada.
- Ser considerado con los derechos de los demás.
- Ser respetuoso con la propiedad ajena y con las instalaciones.
- Participar activamente en la planificación de su programa de tratamiento y alta.
- Hacer preguntas cuando no entiendes las instrucciones, el tratamiento, etc.
- Obedecer las leyes que se aplican a todos los ciudadanos.
- Se espera que asista regularmente según lo programado, se reúna con los grupos asignados y participe en todas las actividades.
- ¡No se permitirán armas dentro de las instalaciones de SCAMHC! Cualquier persona que tenga cualquier tipo de arma podrá ser objeto de eliminación inmediata del programa.
- No se tolerará ningún comportamiento violento o disruptivo, incluidas las burlas o el comportamiento agresivo hacia otros clientes o el personal, y esto puede resultar en la baja del programa.
- No se permitirá el consumo de alcohol ni drogas ilegales en el Centro. Cualquier consumo de alcohol o drogas antes de la llegada al centro puede resultar en la expulsión del programa por ese día.
- Si surge una emergencia que requiere atención inmediata, notificar a cualquier miembro del personal y siga sus instrucciones.
- Es una mala idea pedir prestado o prestar dinero a otros clientes. El personal lo desaconseja encarecidamente. Robar a otros clientes o al personal está estrictamente prohibido.
- Los clientes pueden traer sus bolsos al centro; sin embargo, el centro no se responsabiliza por la pérdida o el robo de objetos personales. El personal de SCAMHC también se reserva el derecho de inspeccionar los bolsos si se sospecha la presencia de armas, alcohol, sustancias ilegales, robo, etc.
- Los asuntos personales deben atenderse antes o después del horario de atención en su domicilio. El teléfono del centro es un teléfono comercial. Las líneas deben mantenerse abiertas para fines comerciales y emergencias. Se pueden realizar llamadas personales en caso de emergencia o cuando se necesita contactar con otras agencias de servicio o servicios de defensa.
- Los clientes **deben informar** al personal de la oficina sobre los cambios en su situación financiera.
- Si es despedido involuntariamente, tiene derecho a apelar ante el Director de División.
- No se permiten niños menores de 18 años en ninguna de nuestras casas grupales.
- Respete la privacidad de los demás y evite el uso de su teléfono celular en la sala de espera.



## Servicios de Emergencia

Los Servicios de Emergencia están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Si sufre una crisis o una emergencia relacionada con su salud mental o necesidades emocionales, puede comunicarse con el director de su programa o con su médico durante el horario laboral de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si es fuera del horario laboral, puede llamar a nuestra LÍNEA DE AYUDA gratuita al 1-877-530-0002.

### **Consentimiento para el Tratamiento/Beneficios y Riesgos de la Terapia**

Por la presente, doy mi consentimiento para recibir los servicios de salud mental que ofrece el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama. Entiendo que estos servicios pueden incluir sesiones de consejería, terapia de grupo, terapia familiar, intervención en crisis y otros servicios de salud mental adecuados.

Entiendo que:

- **Objetivo del Tratamiento:** El objetivo del tratamiento es apoyar mi salud mental y bienestar. El tratamiento se basará en una evaluación clínica y una evaluación continua de mi progreso. Se adaptará a mis necesidades específicas.
- **Participación:** Mi participación en el tratamiento es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Esto puede hacerse por escrito o verbalmente durante una sesión.
- **Beneficios y Riesgos:** Entiendo que el tratamiento de salud mental tiene beneficios potenciales, como un mejor bienestar mental, una mayor comprensión de los objetivos y valores personales, mejores relaciones interpersonales y una reducción de los síntomas angustiantes. También entiendo que pueden existir riesgos potenciales, como experimentar molestias, emociones difíciles y cambios en las relaciones, y que pueden no lograrse los resultados deseados.

Reconozco que he tenido amplia oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza del tratamiento, los límites de la confidencialidad y otros asuntos relacionados. He leído, comprendido y acepto las condiciones descritas anteriormente.

### **Contrabando**

El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama cree que tiene el derecho y la obligación de mantener un lugar de trabajo seguro, saludable y eficiente para todos sus empleados, clientes y visitantes, y de proteger la propiedad, la información, el equipo, las operaciones y la reputación de la organización. Todas las formas de contrabando, incluyendo, entre otras, drogas ilegales y alcohol, parafernalia de drogas, armas letales y no letales, armas de fuego, explosivos, incendiarios, propiedad robada y materiales pornográficos, estarán sujetos a incautación durante una inspección o registro.

Todo empleado que posea contrabando en las instalaciones o propiedades de SCAMHC, o en el desempeño de sus funciones, estará sujeto a medidas disciplinarias que pueden incluir el alta prematura. A los clientes o visitantes de SCAMHC que se les encuentre en posesión de contrabando mientras se encuentren en las instalaciones o propiedades de SCAMHC, al participar en actividades de SCAMHC, se les pedirá que se retiren y podrán ser objeto de alta prematura o de procedimientos penales o civiles. Los artículos mencionados anteriormente no se consideran contrabando cuando están en posesión de un agente de la ley debidamente juramentado y los portan en el ejercicio de sus funciones.

### **Trato y Comunicación Lingüística y Culturalmente Apropriados**

El tratamiento y la atención se brindan a cada cliente de manera lingüística y culturalmente apropiada, incluyendo a las personas sordas o con dificultades auditivas, cuyas preferencias lingüísticas no sean el inglés o que sean analfabetas. La información sobre el tratamiento o los derechos del cliente estará disponible en un formato lingüísticamente apropiado o mediante traducción o interpretación. Los clientes sordos tendrán acceso a comunicación proporcionada por personal bilingüe con dominio del lenguaje de señas o por un intérprete cualificado. La programación se modificará, si es necesario, para garantizar la participación efectiva de todos los clientes sordos o con dificultades auditivas.

## Procedimiento de Quejas/Reclamaciones y Apelaciones del Cliente

### **Mejora del Rendimiento/Garantía de Calidad - Política del Proceso de Quejas y Reclamos:**

La Junta de SCAMHC reconoce la necesidad de un proceso de quejas y reclamos que permita a los clientes, familiares y otras personas para hacer comentarios o quejas sobre el personal o los servicios recibidas del Centro. Anualmente se presentará a la Junta un informe de todas las quejas y/o reclamos.

### **Procedimiento:**

Los clientes que deseen comentar o presentar una queja sobre los servicios recibidos en el Centro deben ser animados a hacerlo. Se anima a los clientes a expresar sus opiniones o inquietudes sobre el personal o los servicios. Esto puede hacerse en la Declaración de Quejas/Reclamos de SCAMHC (véase adjunto). Al ingresar, cada cliente recibe los números de teléfono del Defensor Interno de SCAMHC (normalmente el Director Clínico) y el Defensor del DMH. Estos números están publicados en cada centro de servicio. Si un cliente hace instancia de su insatisfacción, se le recordará el procedimiento de quejas y se le animará a seguirlo según lo descrito.

Los pasos específicos del procedimiento de queja son:

- Paso 1. Si el cliente puede hacerlo, cualquier queja o inquietud debe dirigirse al miembro del personal involucrado. Si la inquietud se refiere a una violación de derechos, el personal que reciba dicha información debe reportarla de inmediato al Director de División, quien informará al Director Clínico.
- Paso 2. Cuando sea apropiado o el miembro del personal involucrado no pueda resolver la queja/inquietud, el/la demandante completará un formulario de Queja/Reclamación de SCAMHC y se enviará al Defensor Interno de SCAMHC (Director Clínico) y será remitido al correspondiente Director de División. El Director de División investigará cualquier queja e intentará resolverla con el cliente. A menudo, esto requerirá una reunión con el cliente, el personal involucrado en la queja y el Director de División. Otras personas podrán participar según sea necesario. Dichas reuniones se documentarán y se enviarán al Defensor Interno de SCAMHC (Director clínico). En muchos casos, el problema nunca se presenta ante un miembro del personal y la persona presenta su queja directamente al Defensor Interno de SCAMHC por teléfono. La Defensora Interna/Directora Clínica de SCAMHC es Sandy Flowers. Se puede contactar con ella en el (334) 335-5201. En estas situaciones, el Defensor Interno ofrecerá reunirse con la persona que presenta la queja para que pueda completar el formulario de Declaración de Queja/Reclamación de SCAMHC. Si la persona se niega a reunirse con el Defensor Interno/Director Clínico de SCAMHC, este (el Director Clínico) transcribirá la queja en una Declaración de Queja/Reclamo de SCAMHC y luego asignará la investigación al Director de División correspondiente.
- Paso 3. Si el problema no se puede resolver como se indicó anteriormente, el Director de División informará al Director Clínico sobre cualquier inquietud en curso o sin resolver. Esto puede hacerse por escrito, en persona o por teléfono. El Director Clínico revisará la información de la investigación, se reunirá con el cliente/demandante, el personal involucrado y el Director de División para intentar resolver el problema. Las actas de esta reunión se adjuntarán a la declaración.
- Paso 4. Si el problema no se puede resolver al final del Paso 3, el Director Clínico informará al Director Ejecutivo sobre cualquier inquietud en curso o sin resolver. El Director Ejecutivo revisará los resultados de las reuniones anteriores y todos los individuos involucrados en el tema. El Director Ejecutivo emitirá una decisión final sobre la queja/reclamación.

El Director Clínico informará al Director Ejecutivo de cualquier problema grave que pueda surgir.

La determinación sobre cómo responder se toma caso por caso.

Las quejas y reclamaciones deben documentarse en el Formulario de Quejas y Reclamos de SCAMHC (ver adjunto).

En cada punto de servicio hay buzones de sugerencias. Estos buzones ofrecen un medio anónimo de ofrecer información sobre el funcionamiento del Centro. Las sugerencias, junto con las recibidas por escrito o por teléfono, son un componente importante de la Mejora del Desempeño en el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama.

Además, se informa a los clientes sobre la División de Defensa del Departamento de Salud Mental.

#### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.**

**POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama.



Oficial, Sandy Flowers, MS en 587 Bentley Avenue Luverne, Alabama 36049 (334) 335-5201.

#### **SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Este aviso se aplica a la información y los registros que tenemos sobre usted, su salud, su estado de salud y la atención médica y los servicios que recibe del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama. Su información médica puede incluir información generada y recibida por el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, ya sea en forma de registros escritos, electrónicos o verbales, e incluir información sobre su historial médico, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas, facturación relacionada y otros datos similares relacionados con la salud.

La ley nos exige que le entreguemos este aviso. Le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información médica sobre usted y describe sus derechos y nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de dicha información. El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización, salvo según lo descrito en este aviso o lo exija la ley. Estamos legalmente obligados a cumplir con las prácticas de privacidad descritas en este aviso.

#### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Podemos utilizar y divulgar información de salud para los siguientes fines:

**Para Tratamiento.** Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos y de consejo. Podemos divulgar su información médica a médicos, terapeutas/consejeros, enfermeras, técnicos, personal u otro personal involucrado en su cuidado y su salud. Por ejemplo, un médico que lo trate por depresión podría necesitar saber si tiene diabetes, ya que si su diabetes es inestable, podría afectar su estado mental. Además, el médico podría necesitar informar a otros profesionales si tiene diabetes para que se puedan coordinar otros servicios. También podemos compartir su información médica para coordinar las diferentes cosas que necesita, como recetas, análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas. También podemos divulgar su información médica a personas que puedan estar involucradas en su atención médica, como familiares, clérigos, centros de rehabilitación, etc.

Distintos miembros del personal de nuestra organización podrían compartir información sobre usted y divulgarla a personas ajenas al Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama para coordinar su atención, como solicitar recetas médicas por teléfono a su farmacia, programar análisis de laboratorio y solicitar radiografías. Sus familiares y otros profesionales de la salud podrían participar en su atención médica fuera de esta oficina y requerir la información que ya tenemos sobre usted. Solicitaremos su permiso antes de compartir información médica con su familia o amigos, a menos que su estado de salud le impida hacerlo.

**Para Pagos.** Podemos usar y divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que recibe en el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama se facturen y le sean cobrados, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podríamos necesitar proporcionar a su plan de salud información sobre un servicio que recibió aquí para que nos pague o le reembolse el servicio. También podemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento que recibirá para obtener aprobación previa o para determinar si su plan lo cubre.

**Para Operaciones de Atención Médica.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para continuar el funcionamiento del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama y asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban atención de calidad.

Por ejemplo, podemos usar su información médica para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos usar la información médica de todos o muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo podemos ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces.

También podemos divulgar su información médica a planes de salud que le brindan cobertura de seguro y a otros proveedores de atención médica que lo atienden. Nuestras divulgaciones de su información médica a planes y otros proveedores pueden tener como objetivo ayudar a estos planes y proveedores a brindar o mejorar la atención, reducir costos, coordinar y administrar la atención y servicios de salud, capacitar al personal y cumplir la ley.

**Campañas de Recaudación de Fondos.** Podríamos contactarlo para solicitar su colaboración en diferentes campañas de recaudación de fondos. Solicitaremos su permiso mediante una autorización específica para el evento de recaudación de fondos antes de utilizar su información médica en cualquier campaña dirigida por el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama.

**Recordatorios de Citas.** Podemos usar y divulgar información médica para contactarle y recordarle que tiene una cita para tratamiento o atención médica en el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama. Alternativas de tratamiento. Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

**Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud.** Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA: SITUACIONES ESPECIALES**

**Podemos usar o divulgar información médica sobre usted para los siguientes fines, sujetos a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:**

**Para Evitar una Amenaza Grave a la Salud o Seguridad.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona.

**Requerimiento Legal.** Revelaremos información de salud sobre usted cuando así lo requiera la ley federal, estatal o local.

**Investigación.** Podríamos usar y divulgar su información médica para proyectos de investigación sujetos a un proceso de aprobación especial. Le solicitaremos su permiso si el investigador tiene acceso a su nombre, dirección u otra información que revele su identidad, o si participará en su atención médica en el consultorio.

**Donación de Órganos y Tejidos.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información médica a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

**Militares, Veteranos, Seguridad Nacional e Inteligencia.** Si usted es o ha sido miembro de las fuerzas armadas, o de las comunidades de seguridad nacional o inteligencia, es posible que el mando militar u otras autoridades gubernamentales nos exijan que divulguemos su información médica. También podemos divulgar información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Compensación Laboral.** Podemos divulgar su información médica para programas de compensación laboral o similares. Estos programas ofrecen beneficios por lesiones o enfermedades laborales.

**Riesgos para la Salud Pública.** Podríamos divulgar su información médica para actividades de salud pública. Estas actividades incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para informar sobre nacimientos y muertes;
- para denunciar abuso o negligencia infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar utilizando;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.

**Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley:**

**Actividades de Supervisión de la Salud.** Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para auditorías, investigaciones, inspecciones o fines de licencia. Estas divulgaciones pueden ser necesarias para que ciertas agencias estatales y federales supervisen el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Estas actividades pueden incluir lo siguiente: (1) auditores de terceros, como Medicaid, Medicare y otras auditorías de seguros, así como (2) revisiones y auditorías del Departamento de Salud Mental del Estado de Alabama y (3) otras entidades en las que el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama está involucrado contractualmente, como organizaciones de atención administrada y socios comerciales.

**Litigios y Disputas.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podríamos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. Sujeto a todos los requisitos legales aplicables, también podríamos divulgar su información médica en respuesta a una citación.

**Orden Público.** Podemos divulgar información médica si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley nos lo solicita en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, requerimiento o proceso similar, sujeto a todos los requisitos legales aplicables.

**Médicos Forenses, Legistas y Directores de Funerarias.** Podemos divulgar información médica a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de su muerte.

**Información no Personalmente Identificable.** Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted de una manera que no lo identifique personalmente ni revele quién es usted.

**Familia y Amigos.** Podemos divulgar información médica sobre usted a sus familiares o amigos si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de oponerse a dicha divulgación y usted no presenta ninguna objeción. También podemos divulgar información médica a su familia o amigos si podemos inferir de las circunstancias, con base en nuestro criterio profesional, que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos asumir que usted está de acuerdo con que divulguemos su información médica personal a su cónyuge cuando lo lleve con usted a una sesión con un médico, enfermero practicante certificado, asistente médico, terapeuta, consejero o enfermero durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En situaciones en las que no sea capaz de dar su consentimiento (porque no está presente, debido a su incapacidad o a una emergencia médica), podemos, aplicando nuestro criterio profesional, determinar que la divulgación a su familiar o amigo es lo mejor para usted. También podemos usar nuestro criterio profesional y experiencia para hacer inferencias razonables de que está en su mejor interés permitir que otra persona actúe en su nombre para recoger, por ejemplo, recetas, suministros médicos u otra información.

No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún otro fin que no sea el indicado en las secciones anteriores sin su autorización específica por escrito. Entre las divulgaciones que requieren su autorización se incluyen las divulgaciones a su pareja, cónyuge, hijos y asesor legal.

**No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para los siguientes fines sin su Autorización específica por escrito:**

En algunos casos, necesitamos su autorización escrita específica para divulgar ciertos tipos de información especialmente protegida, como notas de psicoterapia, VIH, abuso de sustancias, salud mental e información de pruebas genéticas para fines tales como tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**Para nuestros fines de marketing.** Esto no incluye la comunicación cara a cara sobre productos o servicios que puedan ser beneficiosos para usted ni sobre recetas que ya le han recetado.

**Con el propósito de vender su información de salud.** Podemos recibir un pago por compartir su información, como por ejemplo, fines de salud pública, investigación y divulgaciones a usted u otras personas a quienes usted autorice una divulgación, siempre que el pago sea razonable y esté relacionado con el costo de proporcionar su información de salud.

**Cualquier divulgación de sus notas de psicoterapia.** Estas son las notas que su proveedor de salud conductual mantiene que registran sus citas con su proveedor y no se almacenan con su historial médico.

A continuación se identifican casos en los que la divulgación de información ocurre con o sin autorización del cliente.

1. Instituciones correccionales según lo exija la ley - si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.
2. Entidades gubernamentales especializadas (no información sobre abuso de sustancias).
3. Administración de Alimentos y Medicamentos según lo exija la ley
4. Fines de investigación.
5. El forense o director de funeraria proporcionará estadísticas vitales en relación con la muerte de un cliente.
6. Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar su información médica para fines de cumplimiento de la ley según lo requiera la ley o en respuesta a una orden judicial y citación.

Si nos autoriza a usar o divulgar su información médica, puede revocarla **por escrito** en cualquier momento. Si revoca su Autorización, dejaremos de usar o divulgar su información por los motivos indicados en su autorización escrita, pero no podremos revocar ningún uso o divulgación ya realizado con su permiso.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Servicios de protección para el Presidente y otros. Podemos revelar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para que puedan brindar protección al Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o realizar investigaciones especiales.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos

Divulgar información médica sobre usted a la institución correccional o a un funcionario de las fuerzas del orden. Esta divulgación sería necesaria: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la de terceros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

#### **Usos y Divulgaciones que Requieren que le Demos la Oportunidad de Objetar:**

A menos que se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su Información Médica Protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es en su mejor interés con base en nuestro criterio profesional. Podemos divulgar su Información Médica Protegida a organizaciones de socorro en casos de desastre que busquen su Información Médica Protegida para coordinar su atención o notificar a familiares y amigos sobre su ubicación o condición en un desastre. Le brindaremos la oportunidad de aceptar u oponerse a dicha divulgación siempre que sea prácticamente posible.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted:

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica, como los registros médicos y de facturación, que conservamos y utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe presentar una solicitud por escrito al Encargado de Privacidad del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, Sandy Flowers, MS, 587 Bentley Avenue, Luverne, Alabama 36049 (334) 335-5201, para inspeccionar o copiar los registros de su información médica. Si solicita una copia de la información, podríamos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío u otros suministros. Le notificaremos el costo y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que se incurra en costos. Una solicitud modificada puede incluir un resumen de su historial médico. Si solicita ver una copia de su información médica, no le cobraremos por inspeccionarla. Si desea revisar su información médica, envíe su solicitud por escrito a Sandy Flowers, MS, 587 Bentley Avenue, Luverne, Alabama 36049 (334) 335-5201. Tiene derecho a solicitar una copia de su información médica en formato electrónico si la almacenamos electrónicamente. El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama seguirá sus políticas y procedimientos sobre el derecho a inspeccionar o copiar información médica protegida en el Plan de Privacidad de HIPAA. Esto

incluye el procesamiento de solicitudes de clientes, el manejo de solicitudes de clientes, motivos no revisables para la denegación de acceso, motivos revisables para la denegación de acceso y la implementación de una denegación de acceso.

**Derecho a Enmendar.** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama conserve la información. Para solicitar una modificación, complete y envíe el formulario de Solicitud del Cliente para la Modificación de la Información Médica Protegida al Oficial de Privacidad designado, Sandy Flowers, MS, 587 Bentley Avenue, Luverne, Alabama 36049 (334) 335-5201. Podemos denegar su solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye una justificación. Además, podemos denegar total o parcialmente su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- No creamos, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
- No es parte de la información de salud que poseemos
- No se le permite inspeccionar ni copiar

- Es precisa y completa

Si denegamos total o parcialmente su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentar una refutación y solicitar que se incorpore a su historial médico. Su refutación no debe tener más de una página y nosotros tenemos derecho a presentar una refutación en respuesta a la suya en su historial médico.

También tiene derecho a solicitar que todos los documentos asociados con la solicitud de modificación (incluida la refutación) se transmitan a cualquier otra parte en cualquier momento en que se divulgue esa parte del historial médico.

**Derecho a un Informe de Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgaciones”. Este es un listado de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica para fines distintos a los de tratamiento, pago y atención médica, cuando usted lo autorizó específicamente, y en un número limitado de circunstancias especiales relacionadas con la seguridad nacional, instituciones penitenciarias y la aplicación de la ley. Para obtener este listado, debe presentar su solicitud por escrito mediante el formulario de Solicitud del Cliente para un Informe de Divulgaciones de Información Médica Protegida a la Oficial de Privacidad designada, Sandy Flowers, MS, 587 Bentley Avenue, Luverne, Alabama 36049 (334) 335-5201. Debe indicar un período, que no puede ser mayor a seis años. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel, electrónicamente). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en algún costo.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información médica que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una limitación en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de esta, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que se haya realizado. **No estamos obligados a acceder a su solicitud.** Si lo hacemos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia o que la ley nos exija usarla o divulgarla. **Estamos obligados a acceder a su solicitud** si paga de su bolsillo el tratamiento, los servicios, los suministros y las recetas y solicita que la información no se comunique a su plan de salud para fines de pago o de operaciones de atención médica. Puede haber casos en los que estemos obligados a divulgar esta información si la ley lo exige. Para solicitar restricciones, puede completar y enviar el formulario de Solicitud del cliente para restricciones en el uso y/o divulgación de información de salud protegida al Oficial de privacidad designado, Sandy Flowers, MS en 587 Bentley Avenue, Luverne, Alabama 36049(334) 335-5201

**Solicitud de Comunicaciones Confidenciales** –Tiene derecho a solicitar que las comunicaciones sobre su PHI se realicen por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Por ejemplo, puede solicitar que no se dejen mensajes en el buzón de voz ni se envíen a una dirección específica. Estamos obligados a atender solicitudes razonables si nos informa de que la divulgación total o parcial de su información podría ponerlo en peligro. Las solicitudes de comunicaciones confidenciales deben presentarse por escrito, firmadas por usted o su representante, y enviarse al Oficial de Privacidad designado, Sandy Flowers, MS, 587 Bentley Avenue, Luverne, Alabama 36049 (334) 335-5201.

**Derecho a una Copia Impresa de este Aviso** - Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos una copia en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a una copia impresa. Para obtener una copia impresa, solicítela a cualquier miembro del personal de nuestra oficina o a nuestro Oficial de Privacidad.

**Derecho a la Notificación de Brechas.** Tiene derecho a ser notificado de cualquier brecha de su información médica no protegida.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el aviso revisado o modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso vigente en nuestra oficina. El aviso contendrá en la primera página la fecha de entrada en vigor. También puede encontrar una copia de este aviso en nuestro sitio web.

#### **BRECHAS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Le informaremos si ocurre una brecha de su información médica no segura.

#### **QUEJAS**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos en:

Oficina para la Región de Derechos Civiles

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. 61 Forsyth Street, SW – Suite 3B70

Atlanta, Georgia 30303-8909

(404) 562-7886

Para presentar una queja ante el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, comuníquese con el Oficial de Privacidad designado, Sandy Flowers, MS

587 Avenida Bentley

Luverne, Alabama 36049

(334) 335-5201.

**TARIFAS AL CONSUMIDOR POR HORA A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO**

<b>Código Servicio</b>	<b>Tarifa</b>	
Intervención de Crisis/Resolución	\$180.00	Por Hora
Admisión/Evaluación	\$200.00	Por Evento
Consejería Familiar/Terapia	\$180.00	Por Hora
Administración de Medicación Oral	\$20.00	Por Evento
Programa de Rehabilitación Diurna	\$20.00	Por Hora
Consejería Individual/Terapia	\$180.00	Por Hora
Consejería Grupal/Terapia	\$88.00	Por Hora
Evaluación Médica/Tratamiento	\$125.00	15 Min
Inyección de Medicación	\$23.12	Por Evento
Monitoreo de Medicación	\$25.00	15 Min
Análisis de Sangre (extracción)	\$5.00	Por Evento
Prueba de Drogas	\$20.00	Por Evento
Tratamiento Diurno	\$21.00	Por Hora
Consulta de Salud Mental	\$23.10	15 Min
Habitación Residencial y Supervisión	\$50.00	Por Día
Actualización de Abuso de Sustancias	\$12.00	15 Min
Abuso de Sustancias/Evaluación/Valoración	\$200.00	Por Evento
Recogida de Medicación (Tarifa de Frasco)	\$5.00	Por Frasco
Costo de Comida Residencial	\$7.25	Por Comida
Crisis Residencial - Abuso de Sustancias	\$122.40	Por Día

## Política de Tarifas de Escala Móvil

- SUJETO:** Programa de Descuentos según Capacidad de Pago
- FECHA DE VIGENCIA:** 16 de noviembre,2020
- POLÍTICA:** A Poner a disposición servicios con descuento a quienes los necesiten.

### **OBJETIVO:**

El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama es una organización pública sin fines de lucro. Recibe financiación pública del Departamento de Salud Mental de Alabama y de los gobiernos locales de los condados de Butler, Coffee, Covington y Crenshaw, pero esa financiación solo proporciona una parte del apoyo financiero necesario para operar el Centro. El saldo debe provenir de las personas que reciben los servicios. Las tarifas se calculan según la capacidad de pago. A ningún cliente se le negarán servicios por su incapacidad de pago. El pago se espera al momento de la prestación, a menos que se hayan acordado otros arreglos.

Este programa está diseñado para brindar atención gratuita o con descuento a quienes no tienen recursos o recursos limitados para pagar sus servicios (personas sin seguro médico o con seguro insuficiente). Además de una atención médica de calidad, las personas tienen derecho a recibir asesoramiento financiero por parte de alguien que pueda comprender y ofrecer posibles soluciones para quienes no pueden pagar la totalidad de sus gastos. El papel del gerente, secretario o recepcionista de la oficina es el de defensor del cliente, es decir, quien trabaja con el paciente y/o garante para encontrar alternativas de pago razonables.

- El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama ofrecerá un programa de descuento de tarifa variable para todos aquellos que no puedan pagar sus servicios.
- El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama basará la elegibilidad del programa en la capacidad de pago de la persona y no discriminará por edad, raza, credo, discapacidad, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, condición social, categoría diagnóstica, color, religión o tiempo de residencia en el área de servicio, salvo que se puedan desarrollar servicios especializados para diferentes edades o categorías diagnósticas. Las Pautas Federales de Pobreza se utilizan para crear y actualizar anualmente la escala móvil de tarifas (SFS) para determinar la elegibilidad.

### **PROCEDIMIENTO:**

Las siguientes pautas se deben seguir al ofrecer el Programa de Descuentos según Capacidad de Pago.

**Notificación:** El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama notificará a las personas sobre el Programa de Descuentos según Capacidad de Pago mediante:

- Se entregará a todas las personas un Manual del Cliente al momento de la admisión. Este manual incluirá información sobre el Programa de Descuentos según Capacidad de Pago.
- Una explicación de nuestro Programa de Descuentos según Capacidad de Pago y nuestro formulario de solicitud están disponibles en el sitio web del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama.
- El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama coloca una notificación del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago en el área de espera de la clínica.

Todos los pacientes que buscan servicios en el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama tienen la garantía de ser atendidos, independientemente de su capacidad de pago. **A nadie se le niega el servicio por falta de recursos económicos.**

1. **Solicitud de descuento:** Las solicitudes de servicios con descuento pueden ser realizadas por la persona, sus familiares, el personal de servicios sociales u otras personas que tengan conocimiento de dificultades económicas. El Programa de Descuentos según Capacidad de Pago solo estará disponible para visitas clínicas. Puede obtener información y formularios en la recepción y la oficina de administración.
2. **Administración:** El procedimiento del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago se administrará a través del Gerente de la Oficina Comercial o su designado. Se proporcionará información sobre la política y el procedimiento del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago y se ofrecerá asistencia para completar la solicitud. Se respetará la dignidad y la confidencialidad de todas las personas que soliciten o reciban servicios.
3. **Fuentes de pago alternativas:** Se deben agotar todos los recursos de pago alternativos, incluidos todos los pagos de terceros de seguros y programas federales y estatales.
4. **Completar la solicitud:** La persona o parte responsable debe completar la solicitud del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago en su totalidad. Al firmar la solicitud, autoriza al Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama a acceder a la información para confirmar los ingresos declarados en el formulario. Proporcionar información falsa en la solicitud del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago resultará en la revocación de todos los descuentos del Programa y la restauración del saldo total de la(s) cuenta(s) y su pago inmediato.

Si una solicitud no puede procesarse debido a la necesidad de información adicional, el solicitante tiene dos semanas a partir de la fecha de notificación para proporcionar la información necesaria sin que se ajuste la fecha de su solicitud. Si un paciente no proporciona la información solicitada dentro del plazo de dos semanas, su solicitud se actualizará a la fecha en que la haya proporcionado. Las cuentas transferidas a cobranza debido a la demora del paciente en proporcionar la información no se considerarán para el Programa de Descuentos según Capacidad de Pago.
5. **Elegibilidad:** Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia. El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama utiliza las definiciones de la Oficina del Censo para cada uno de ellos.
  - a. **Familia:** grupo de dos personas o más (una de las cuales es el jefe de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia emparentada) se consideran miembros de una familia.
  - b. **Ingreso:** Ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para supervivientes, pensiones o ingresos de jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda externa al hogar y otras fuentes diversas. *No se consideran las prestaciones no monetarias (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda).*
6. **Verificación de ingresos:** Los solicitantes deben presentar uno de los siguientes documentos: el formulario W-2 del año anterior, los dos últimos recibos de sueldo, una carta del empleador o el formulario 4506-T (si no se presentó el W-2). Los trabajadores autónomos deberán presentar detalles de los ingresos y gastos de la empresa de los últimos tres meses. Se debe proporcionar información adecuada para determinar la elegibilidad del programa.

**La autodeclaración de Ingresos** solo se puede usar en circunstancias especiales. Algunos ejemplos específicos incluyen a participantes sin hogar. Los pacientes que no puedan proporcionar verificación por escrito deben proporcionar una declaración firmada de ingresos e indicar el motivo por el cual no pueden proporcionar una verificación independiente. Esta declaración se presentará al Centro Sur de Alabama. El Director Ejecutivo del Centro de Salud Mental o su designado revisará y determinará definitivamente el porcentaje de tarifa variable. Los pacientes que se declaran como tales son responsables del 100% de sus cargos hasta que la gerencia determine la categoría correspondiente.
7. **Descuentos:** Aquellos con ingresos iguales o inferiores al 100% del nivel de pobreza recibirán un descuento del 100%. Aquellos con ingresos  
Las personas que superen el 100% del nivel de pobreza, pero estén en o por debajo del 200% del nivel de pobreza, pagarán según la escala de tarifas móvil adjunta. Esta escala se actualizará durante el primer trimestre de cada año calendario con las últimas Directrices Federales de Pobreza.
8. **Renuncia de Cargos:** En ciertas situaciones, es posible que los pacientes no puedan pagar la tarifa nominal o con descuento. La exención de cargos solo se puede utilizar en circunstancias especiales y debe ser aprobada por el Director Ejecutivo, el Gerente Comercial o la persona designada del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama. Cualquier exención de cargos debe documentarse en el expediente del paciente junto con una explicación (por ejemplo, capacidad de pago, buena voluntad, evento de mejora de la salud).

9. **Notificación al Solicitante:** La determinación del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago se proporcionará a los solicitantes en por escrito, se incluirá el porcentaje de la deducción del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago o, si corresponde, el motivo de la denegación. Si la solicitud se aprueba con un descuento inferior al 100 % o se deniega, el paciente o la parte responsable deberá establecer de inmediato un acuerdo de pago con el Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama. Las solicitudes del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago cubren los saldos pendientes del paciente durante los seis meses anteriores a la fecha de solicitud y cualquier saldo incurrido dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de aprobación, a menos que su situación financiera cambie significativamente. El solicitante tiene la opción de volver a solicitar después de que transcurran los 12 meses o en cualquier momento en que se produzca un cambio significativo en los ingresos familiares. Cuando el solicitante vuelva a solicitar, el período de revisión será el menor de los siguientes: seis meses o el vencimiento de su última solicitud del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago.
10. **En Caso de Impago:** Si un paciente expresa verbalmente su renuencia a pagar o desocupa las instalaciones sin pagar los servicios, se le notificará por escrito sobre sus obligaciones de pago. Si el paciente no está incluido en la escala de tarifas variables, se le enviará una copia de la solicitud del programa de descuento de tarifas variables junto con la notificación. Si el paciente no se esfuerza por pagar o no responde dentro de los 60 días, esto constituye una negativa de pago. En este momento, Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama puede explorar opciones que no se limitan a ofrecer al cliente un plan de pago o la exención de cargos.
11. **Mantenimiento de Registros:** La información relacionada con las decisiones del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago se conservará en el expediente médico electrónico de cada persona. El acceso al expediente médico electrónico se rige por el Plan de Privacidad y Seguridad HIPPA de la agencia. El expediente médico electrónico está protegido con contraseña.
12. **Revisión de Políticas y Procedimientos:** El Director Ejecutivo o su designado revisará anualmente el monto del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago. El SFS se actualizará según las Pautas Federales de Pobreza vigentes.  
La información pertinente que compare el presupuesto con la atención comunitaria real prestada servirá de guía para la planificación futura. Esto también servirá de base para analizar posibles cambios en nuestras políticas y procedimientos, así como para examinar las prácticas institucionales que puedan obstaculizar el acceso de los pacientes elegibles a nuestras prestaciones de atención comunitaria.
13. **Presupuesto:** Durante el proceso presupuestario anual, se deducirá de los ingresos un monto estimado del servicio del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago. La aprobación del Programa de Descuentos según Capacidad de Pago por parte de la Junta se solicitará como parte integral del presupuesto anual.

### **Citas (Para poder atenderle mejor):**

- Solicitamos que los clientes que no puedan asistir a una cita programada, llamen y cancelen un mínimo con 24 horas de anticipación, incluyendo todos los servicios individuales, grupales y psiquiátricos.
- A los clientes que falten a sus citas sin cancelarlas con 24 horas de anticipación se les cobrará la tarifa completa de la cita perdida.
- *A los clientes que pierdan repetidamente sus citas no serán reprogramados hasta que tengamos la oportunidad de evaluar mejor las necesidades de tratamiento.*
- Por favor sea puntual a las citas programadas.

### **Recibir un Plan de Tratamiento por Escrito**

Al comenzar el tratamiento en nuestras instalaciones, cada paciente colaborará con su(s) proveedor(es) de tratamiento para desarrollar un plan de tratamiento individualizado. Este plan integral detallará sus objetivos de tratamiento, los servicios e intervenciones recomendados, la frecuencia y duración de los servicios, y los objetivos a corto y largo plazo. Recibirá una copia impresa de su plan de tratamiento para consultarlo durante el curso del mismo. Si sus necesidades u objetivos cambian, puede solicitar que su plan de tratamiento se actualice según corresponda. Hable con su proveedor de tratamiento si tiene alguna pregunta sobre su plan.

### **Publicación de Información sobre Derechos**

De acuerdo con las regulaciones del Departamento de Salud Mental, nuestra instalación publica de manera destacada información sobre los derechos de los pacientes en áreas comunes como salas de espera y vestíbulos. Las publicaciones incluyen sus derechos a la dignidad, a no sufrir abusos, a la privacidad, a la confidencialidad, a participar en las decisiones sobre el tratamiento, a acceder a los registros y más. Si no ve una publicación para pacientes informando sobre sus derechos, por favor avise a un miembro del personal.

### **Información para Tutores de Menores**

Para los pacientes menores de 18 años, brindaremos información completa a los padres o tutores legales sobre los derechos de los menores al recibir servicios de salud mental. Esto incluye el derecho a la dignidad, la privacidad, la protección contra el abuso, la protección de la confidencialidad, la participación en las decisiones de tratamiento y el derecho a presentar quejas. Los tutores también recibirán información sobre nuestros procedimientos de quejas y reclamos, recursos de defensa y otros materiales relacionados con los derechos de menores en tratamiento. Por favor, háganoslo saber si necesita otra copia de cualquier material informativo sobre derechos y protecciones para menores.

## Solicitud de Tarifa Reducida del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama

El Centro de Salud Mental se financia con cuotas de consumo, seguros médicos y fondos municipales, del condado y estatales. Si reside en los condados de Butler, Coffee, Covington o Crenshaw, podría calificar para una tarifa reducida. A ningún residente de los condados de Butler, Coffee, Covington o Crenshaw se le negará el servicio por falta de pago. Los servicios podrían verse limitados o retrasados por la negativa a pagar.

Este formulario se utiliza para determinar cuánta ayuda puede tener derecho una persona o familia para pagar los servicios en el Centro. Le ayudaremos a completar este formulario si necesita ayuda. Se requiere comprobante de ingresos.

Prefiero no dar la siguiente información y pagaré el cargo completo.

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

### INFORMACIÓN PERSONAL

Persona que recibe servicios \_\_\_\_\_ Condado de residencia \_\_\_\_\_

Enumere a las personas de su hogar, incluido usted, que dependen de este ingreso (no incluya a niños por quienes realiza pagos de manutención infantil):

Nombre:	Relación:	Edad:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### INGRESOS DEL HOGAR

**Se requieren copias de la documentación de prueba.** Los ingresos deben reflejar el importe bruto pagado a cualquier miembro del hogar, o en su nombre, antes de deducir cualquier deducción. Los ingresos del hogar se definen como un grupo vinculado por una relación legal, por ejemplo, cónyuge, hijo a cargo o hijo adulto declarado a efectos del impuesto sobre la renta.

Tengo Medicaid    o     No tengo ingresos familiares (No complete la sección de ingresos. Vaya a la línea de firma).

	Self				Spouse/Partner/Other				(For Office Use Only) Annual Income
	\$ _____/hr	hrs/week		\$ _____/hr	hrs/week		\$ _____		
<input type="checkbox"/> Wages <input type="checkbox"/> Salary	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Self-Employment	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Social Security/Retirement	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Unemployment	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Child Support	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Alimony	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Disability/Workers Compensation	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
Other Income*:	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	<input type="checkbox"/> week	<input type="checkbox"/> month	_____	\$ _____	
<b>TOTAL ANNUAL INCOME (FOR OFFICE USE ONLY)</b>									\$ _____

\*Other Income includes but is not limited to income from savings, dividends, trusts and estates.

Certifico que la información proporcionada es una declaración precisa y totalmente verdadera de mis ingresos brutos y el tamaño de mi hogar.

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

La Tarifa de Descuento para el cliente por servicios no residenciales, según la información proporcionada en la Solicitud de Tarifa con Descuento, es de \$ \_\_\_\_\_ por servicio.

*Este formulario se colocará en el registro del cliente.*

## Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama Política de pruebas de drogas

El Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama tiene como política realizar pruebas de detección de alcohol y otras drogas a los clientes, como las siguientes: benzodiazepinas, fenciclidina, metadona, oxicodona, éxtasis, buprenorfina, marihuana, cocaína, morfina, anfetamina, metanfetamina, barbitúricos, fentanilo, K2-Spice y alcohol. La prueba se realiza mediante análisis de orina con la Detección de Drogas Desechable Médica (pruebas de drogas múltiples y únicas) o Cordant Health Solutions.

La decisión de realizar una prueba de drogas a un cliente la tomará un profesional clínico, la enfermera o un médico. La decisión de realizar una prueba de drogas a un cliente se basará en “causas” (como conductas indicativas, incidentes denunciados, etc.), órdenes del médico prescriptor o debido a una directiva judicial para realizar pruebas aleatorias a un individuo en particular.

A partir del 9 de marzo de 2017, la Junta Examinadora de Médicos de Alabama aprobó una norma sobre Estrategias de Riesgo y Mitigación por parte de los Médicos que Recetan, la cual se ha convertido en ley. La ley establece que «se espera que los médicos utilicen estrategias de mitigación de riesgos y abuso al recetar cualquier sustancia controlada. El médico debe tener especial cuidado al recetar a un paciente medicamentos de múltiples clases de sustancias controladas». Para nuestros clientes, esta ley puede exigir a nuestros médicos que verifiquen el historial de prescripción/uso de las personas que toman sustancias controladas, realicen pruebas de detección de drogas aleatorias y realicen un recuento de pastillas a las personas a las que se les recetó una sustancia controlada.

Se tomarán todas las medidas prácticas para garantizar que ni la orina recolectada ni la prueba sean manipuladas de ninguna manera. El personal supervisará de cerca la recolección de la muestra de orina y el cliente observará cómo el miembro del personal realiza el procedimiento de prueba. Una vez completada la(s) prueba(s), el cliente firmará nuestro formulario de Documentación de Prueba de Drogas, confirmando que presenció el procedimiento y sus consecuencias. Si el cliente no está de acuerdo con los resultados de la prueba, puede acudir inmediatamente a un laboratorio autorizado y hacerse la prueba de forma independiente, a cargo de nuestra agencia, asumiendo los gastos.

La dignidad del cliente y la validez de nuestros procedimientos de prueba se tendrán en cuenta por igual. El personal observará las precauciones de seguridad habituales, como el uso de guantes de látex y la eliminación de materiales biopeligrosos. Los cliente no serán dados de alta de los programas residenciales basándose únicamente en un análisis de orina positivo que muestre la presencia de alcohol, drogas ilegales o medicamentos sin receta.

**Centro de Salud Mental del Centro  
Sur de Alabama**

**Manual del Cliente  
Sección de Programas Residenciales  
y Diurnos**

## **Solicitud de Admisión a Servicios Residenciales del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama**

Por la presente, solicito admisión al Programa de Servicios Residenciales del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama (SCAMHC). De ser aceptado, me comprometo a cumplir con todas las normas y regulaciones del programa y a seguir el tratamiento prescrito por el personal. Acepto asistir a todos los programas de tratamiento programados.

Entiendo que el personal de SCAMHC me ayudará a solicitar Cupones de Alimentos mientras esté en la residencia. SCAMHC, en mi representación, cobrará hasta \$7.25 al día por mis comidas.

Entiendo que si ingreso al Programa Residencial SA en SCAMHC, el Departamento de Salud Mental de Alabama o su proveedor de seguros brinda cobertura para la tarifa diaria.


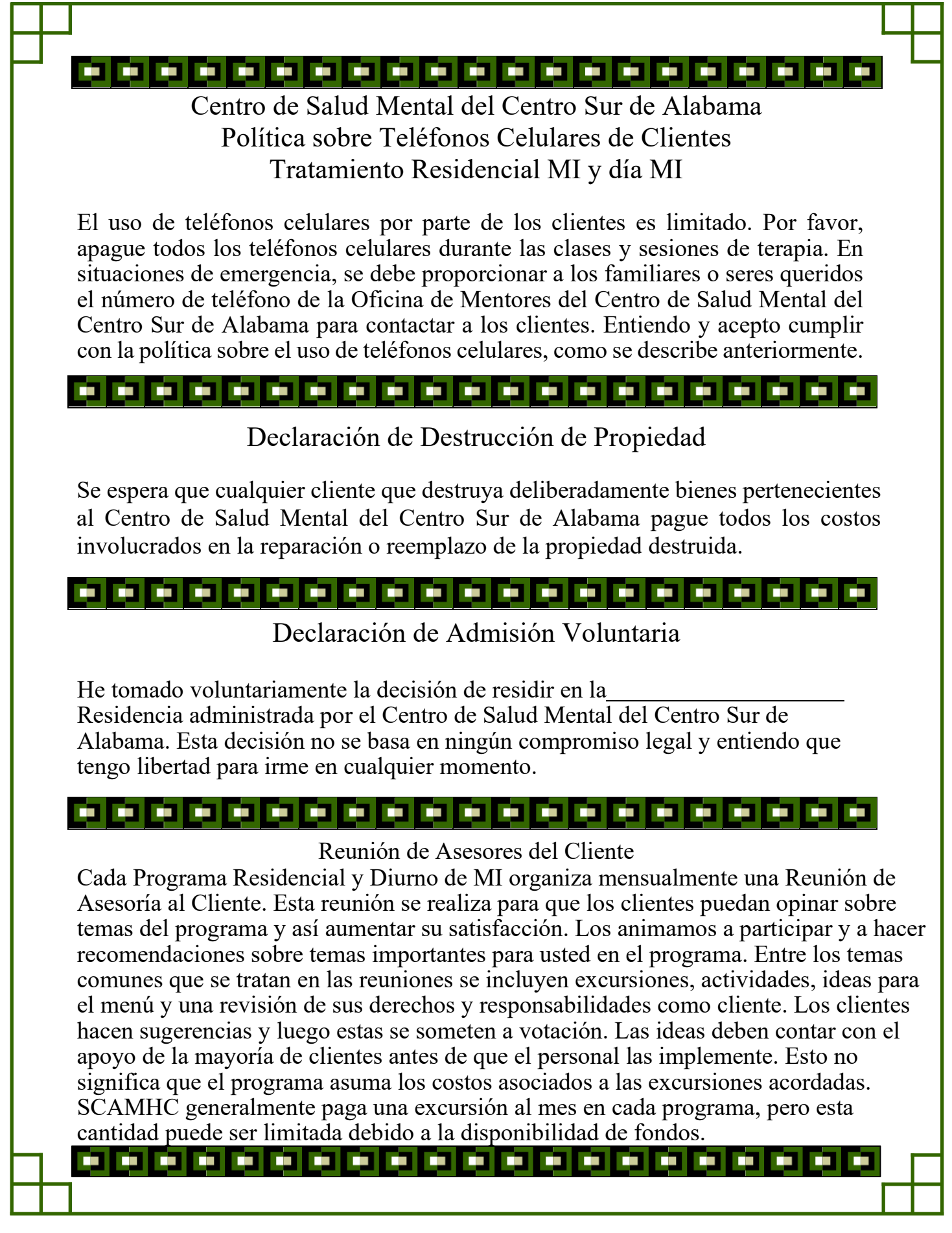
Entiendo que, si ingreso a un Programa Residencial de Incapacidad Temporal MI desde un hospital estatal con una estancia temporal de dos semanas, si se determina que este programa no se ajusta a mis necesidades, regresaré a dicho hospital. Si soy elegible, continuaré mi tratamiento en el Programa Residencial de Incapacidad Temporal MI en el que fui aceptado hasta alcanzar los beneficios máximos, según lo determine el equipo de tratamiento de SCAMHC. La finalización de la estancia temporal de dos semanas no implica el alta automática del Programa Residencial de Incapacidad Temporal MI.

Entiendo que las tarifas de los Servicios Residenciales de MI se basarán en el setenta y cinco por ciento (75%) de mis ingresos personales y cualquier otro recurso. Las tarifas de los Servicios Residenciales de MI incluyen el alquiler, los servicios públicos y la supervisión de protección. No se me cobrará una cantidad que me deje con menos de \$50.00 al mes. Si en algún momento de mi ingreso no recibo SSI ni ningún otro tipo de ingreso, entiendo que el programa podría adelantarme dinero para gastos personales. Al recibir un pago único, reembolsaré el dinero adelantado para gastos de SCAMHC y pagaré las tarifas residenciales al día.

Acepto abandonar el Programa Residencial MI a solicitud del Coordinador si mi condición requiere atención o tratamiento más o menos restrictivo que el que ofrece el programa. También acepto notificar con setenta y dos (72) horas de anticipación si planeo abandonar el programa antes de completar mi tratamiento.

Además, he recibido una copia de las reglas y consecuencias del Programa Residencial y acepto cumplirlas.

Reconozco que soy consciente de que la política del Programa Residencial de SCAMHC establece que debo tomar la medicación recetada por el psiquiatra para permanecer en este centro residencial. Si me niego a tomar la medicación, podría ser dado de alta.



Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama  
Política sobre Teléfonos Celulares de Clientes  
Tratamiento Residencial MI y día MI

El uso de teléfonos celulares por parte de los clientes es limitado. Por favor, apague todos los teléfonos celulares durante las clases y sesiones de terapia. En situaciones de emergencia, se debe proporcionar a los familiares o seres queridos el número de teléfono de la Oficina de Mentores del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama para contactar a los clientes. Entiendo y acepto cumplir con la política sobre el uso de teléfonos celulares, como se describe anteriormente.



Declaración de Destrucción de Propiedad

Se espera que cualquier cliente que destruya deliberadamente bienes pertenecientes al Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama pague todos los costos involucrados en la reparación o reemplazo de la propiedad destruida.



Declaración de Admisión Voluntaria

He tomado voluntariamente la decisión de residir en la \_\_\_\_\_  
Residencia administrada por el Centro de Salud Mental del Centro Sur de  
Alabama. Esta decisión no se basa en ningún compromiso legal y entiendo que  
tengo libertad para irme en cualquier momento.



Reunión de Asesores del Cliente

Cada Programa Residencial y Diurno de MI organiza mensualmente una Reunión de Asesoría al Cliente. Esta reunión se realiza para que los clientes puedan opinar sobre temas del programa y así aumentar su satisfacción. Los animamos a participar y a hacer recomendaciones sobre temas importantes para usted en el programa. Entre los temas comunes que se tratan en las reuniones se incluyen excursiones, actividades, ideas para el menú y una revisión de sus derechos y responsabilidades como cliente. Los clientes hacen sugerencias y luego estas se someten a votación. Las ideas deben contar con el apoyo de la mayoría de clientes antes de que el personal las implemente. Esto no significa que el programa asuma los costos asociados a las excursiones acordadas. SCAMHC generalmente paga una excursión al mes en cada programa, pero esta cantidad puede ser limitada debido a la disponibilidad de fondos.

## Hoja de Firmas del Manual del Cliente de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, Programa para Pacientes Ambulatorios

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia del manual de cliente del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, que incluye, entre otros, lo siguiente:

Números de teléfono de derechos, protección y defensa del DMH.	Aspectos financieros de mi tratamiento en base a mis recursos y Solicitud de tarifa con descuento
Notificación de confidencialidad federal requisitos.	Declaración de derechos y responsabilidades del cliente de SCAMHC.
Una copia de mis derechos como cliente	Aviso de Prácticas de Privacidad
Consentimiento para el tratamiento	Números de teléfono locales del DHR.
Procedimientos de quejas, reclamos y apelaciones.	Información sobre los servicios de emergencia, sus beneficios y riesgos de la terapia, contrabando, prevención y manejo de la conducta agresiva, y tratamiento y comunicación lingüística y culturalmente apropiados.

Autorizo al Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama a contactar y divulgar y/o recibir contacto de y divulgar a la parte A continuación, detallo que fui paciente del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama y que se me está realizando un seguimiento. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por el paciente, excepto en la medida en que se haya tomado alguna medida al respecto. Entiendo que esta autorización continuará vigente hasta su fecha de vencimiento, incluso si ya no estoy en tratamiento activo. A menos que el paciente lo revoque, este consentimiento expirará al ocurrir la fecha, el evento o la condición que se indica a continuación:

Fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_ Evento (un año después del cierre)

Parte a contactar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Relación/Organización: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Acepto mantener confidencial toda la información discutida en las sesiones de Terapia Grupal donde participo. Acepto no revelar los nombres de los demás miembros del grupo ni los de ningún cliente que pueda reconocer en el Centro de Salud Mental. Entiendo que si tengo alguna pregunta, puedo solicitar aclaraciones en cualquier momento.

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

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Consentimiento para Participar en Excursiones

Ocasionalmente, durante el día del programa, los clientes de los Programas de Rehabilitación Diurna, Tratamiento Diurno y Residenciales de Incapacidades Mentales (IM) pueden realizar diversas excursiones y visitas de campo dentro del área local como parte de su programa de tratamiento/capacitación. Estas excursiones pueden incluir lo siguiente:

1. Viajes de Compras
2. Excursiones al Parque
3. Sala de Juegos
4. Recursos del Área
5. Bolos
6. Excursiones dentro del condado

¿Tiene algún problema médico que le impida participar en estas excursiones? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

Me gustaría participar en las actividades de la excursión y por la presente libero a la Junta de Salud Mental del Centro Sur de Alabama y a su personal de toda responsabilidad debido a cualquier accidente o lesión que pudiera ocurrir durante el curso de estas excursiones.

Firma \_\_\_\_\_

Cliente/Tutor legal

Fecha

Testigo \_\_\_\_\_

Relación/Posición

Fecha

*Este formulario se añadirá al registro del cliente.*





### Programa de Delegación de Enfermeros

Este aviso es para informarle que en este centro se emplean asistentes de medicación certificados (MAC). Un asistente de medicación certificado (MAC) es una persona sin licencia que ha sido capacitada para ayudar a profesionales con licencia (enfermeros registrados y en prácticas con licencia) en la distribución de medicamentos a personas que no pueden automedicarse.

Un trabajador de MAC puede ayudar a los clientes a tomar sus medicamentos, fomentar su cumplimiento y monitorear los efectos secundarios. Todos los servicios especializados, como las inyecciones, deben ser proporcionados por un enfermero titulado o un enfermero práctico con licencia (LPN).

Un trabajador de MAC tiene acceso a un enfermero supervisor asistente de medicación (MAS), que es un enfermero titulado o un enfermero en práctica con licencia (LPN) capacitado y calificado para delegar tareas específicas limitadas a personal designado sin licencia (trabajadores de MAC).

Entiendo que tengo derecho a rechazar el uso de asistentes de medicación certificados (MAC) y certifico que he sido informado exhaustivamente. Tras considerar cuidadosamente la información que se me proporcionó, por la presente:

Doy mi permiso para el uso de Trabajadores Certificados de Asistente de Medicación (MAC)

Rechazo el empleo de asistentes de medicación certificados (MAC). También entiendo que si me niego, mi negativa puede dar lugar a que me trasladen a otro centro.

\_\_\_\_\_

Firma del cliente/residente

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del tutor legal

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del testigo

Fecha

Nombre del usuario	Número de registro
--------------------	--------------------

*Este formulario se añadirá al registro del cliente.*





## Hoja de firmas del Manual del Cliente Programa Residencial o Diurno

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

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Caso #: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ He recibido una copia del Manual del Cliente del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, que incluye, entre otros, lo siguiente:

1. Solicitud de Admisión a Servicios Residenciales.
2. Política de pruebas de drogas del programa residencial/diurno.
3. La restricción del uso de teléfonos celulares por parte de residentes/clientes.
4. Declaración sobre la destrucción de la propiedad.
5. La Declaración de Admisión Voluntaria.
6. Reunión de Asesores del Cliente

Entiendo que si tengo dudas puedo pedir aclaraciones en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**La tarifa residencial del usuario de MI por habitación, servicios públicos y supervisión basada en la información proporcionada en la Solicitud de Tarifa con Descuento es de \$ \_por mes.**

***Este formulario se añadirá al registro del usuario.***



**Centro de Salud Mental del Centro  
Sur de Alabama**

**Manual del Cliente sobre**

**Enfermedades Mentales  
Sección Crisis Residencial**

Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama Liberación de  
Responsabilidad por Ejercicio para  
Programa Residencial de Crisis (CRH)

Por y en consideración a mi participación en cualquier programa de ejercicios en el CRH: Yo, el abajo firmante, por la presente absuelvo al SCAMHC y a todos y cada uno de los miembros del CRH o la Compañía Gestora, de la responsabilidad por cualquier reclamación, lesión o daño corporal que pueda sufrir mientras hago ejercicio. En la actualidad, también creo que mi salud general es lo suficientemente buena como para participar en esta actividad cardiovascular. En caso de que no lo sea en este momento, {Health} o cuando sienta que mi salud se vería comprometida por el ejercicio, informaré al Supervisor. Acepté cumplir con las reglas básicas establecidas para esta actividad.



Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama Liberación de  
Responsabilidad por  
Programa Residencial de Crisis

En consideración a mi atención, asesoramiento, alojamiento y tratamiento, yo, el abajo firmante, por la presente absuelvo a SCAMHC y a River Region Psychiatry Associates, y al personal y a todos los miembros de su personal de ambas entidades, de cualquier reclamación por lesiones o daños corporales que pueda sufrir mientras sea cliente en el centro, salvo una lesión intencional o deliberada infligida por un miembro del personal. Entiendo que esta exención de responsabilidad se aplica al tiempo que estoy en el centro. Entiendo que SCAMHC/River Region Psychiatry Associates no es responsable de gastos médicos o dentales incurridos por mí mientras sea paciente en el Hogar y acepto asumir el pago de dichos gastos incurridos durante mi estadía.



Declaración de Admisión Voluntaria del Centro de Salud Mental  
del Centro Sur de Alabama

Por la presente, solicito mi admisión en SCAMHC para recibir servicios y tratamiento psiquiátrico en el CRH. Proporcionaré toda la información necesaria para este tratamiento. Acepto, en caso de ser admitido, permanecer el tiempo que considere necesario el médico y acepto cumplir con todas las normas y regulaciones de las instalaciones de SCAMHC, CRH y seguir el tratamiento prescrito por mi médico. Si planeo irme en contra de la recomendación médica, acepto notificar mi deseo de irme con veinticuatro (24) horas de anticipación. Acepto abandonar el CRH a solicitud del personal clínico si mi condición requiere un nivel de atención diferente al que se ofrece en las instalaciones de SCAMHC mencionadas anteriormente. También acepto abandonar las instalaciones de SCAMHC mencionadas anteriormente si se me solicita debido al incumplimiento de alguna de las disposiciones incluidas en este documento.

**Hoja de Firmas del Manual del Cliente**  
**Crisis del Hogar y/o Residencial**

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

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Caso #: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido una copia del Manual del Cliente del Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama, que incluye, entre otros, lo siguiente:

1. La Política de Pruebas de Drogas Residenciales.
2. La Restricción del Uso de Teléfonos Celulares por Parte de los Residentes.
3. Declaración sobre la Destrucción de la Propiedad.
4. Liberación de Responsabilidad por Ejercicio
5. Liberación de Responsabilidad/Gastos Médicos
6. Declaración de Admisión Voluntaria

Entiendo que si tengo dudas, puedo pedir aclaraciones en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

**La tarifa residencial del usuario por habitación, servicios públicos y supervisión basada en la información proporcionada en la Solicitud de Tarifa con Descuento es de \$\_\_ al mes.**  
*Este formulario se añadirá al registro del usuario.*



Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama

Formulario de Queja/Reclamación

9/3/18

**Defensora interna/Directora clínica: Sandy Flowers**

**Número de contacto: (334) 335-5201**

Utilice este formulario para solicitar ayuda para abordar cualquier queja relacionada con los servicios de este Centro o para denunciar cualquier situación en la que considere que no ha recibido un trato justo. Entregue esta declaración al recepcionista o a su terapeuta.

La queja es sobre: Miembro del personal <input type="checkbox"/> Usuario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Fecha de la queja: ___ / ___ / ___ Nombre: _____ DIRECCIÓN: _____ Número telefónico: _____
Fecha, hora y lugar del hecho que dio lugar a la queja:
Relato detallado de lo ocurrido (incluya los nombres de las personas implicadas, si las hay):
Propuesta de solución a la queja:

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Recibido en

\_\_\_\_\_  
Fecha

Solo para uso de SCAMHC:

<b>Paso uno: intento informal.</b> Debería intentarse abordar todas las quejas/reclamaciones de manera informal con la persona o el miembro del personal asociado con la queja/reclamación antes de presentar una queja formal. Intento informal de resolver la queja/reclamación: Sí <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Si responde sí o no, adjunte un breve resumen escrito.
<b>Paso Dos: Investigación por parte del Director de División.</b> Se llevó a cabo una reunión con el supervisor o director del programa en un intento de resolver la queja/reclamación. La queja/reclamación se resolvió: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí o no, adjunte un resumen escrito del intento de resolver la queja/reclamación.
<b>(Si es necesario) Paso tres: Revisión y decisión del Defensor Interno/Director Clínico.</b> Si la queja no se resuelve en el Paso 2, el Director Clínico investigará el asunto y se reunirá con la persona que presentó la queja para intentar resolver los problemas mencionados anteriormente. La queja/reclamación se resolvió: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo o no, adjunte un resumen por escrito del intento de resolver la queja/reclamación.
<b>(Si es necesario) Paso cuatro: Revisión y decisión del Director Ejecutivo.</b> Si la queja o reclamación no se resuelve en el Paso 3, el Director Ejecutivo revisará e investigará el asunto a su discreción. Se reunirá con la persona que presentó la queja y con todo el personal que considere necesario para resolver el asunto. El Director Ejecutivo tomará una decisión final sobre el asunto. Se adjuntará a este formulario una breve descripción por escrito de la decisión final.

Problema resuelto: Sí  No

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# NOTAS



# NOTAS



Centro de Salud Mental del Centro Sur de Alabama

**¡La salud mental importa!**