

Bienvenido a la red MultiCare Behavioral Health Network

Le enviamos nuestro paquete inicial para nuevos clientes como seguimiento a su cita de admisión telefónica o virtual. Este paquete debe ser revisado y completado. Estos paquetes se entregan siempre en la primera cita de admisión. Con nuestra práctica actual de teleterapia implementada, todavía queremos asegurarnos de que usted reciba y complete este papeleo.

Tenga en cuenta que hay algunos documentos que deben firmarse y devolverse. Estas páginas se han resaltado para llamar su atención. Le pedimos que feche, firme o ponga sus iniciales en las secciones marcadas con "Fecha y Firma del Cliente". Si el cliente es un menor de 13 años o más, dicho menor deberá firmar los formularios, pero uno de los progenitores/tutor legal podrá firmar conjuntamente los formularios. Escriba también el nombre del cliente en cada página.

Los ÚNICOS documentos que deben devolverse son los siguientes:

1. **Reconocimiento de las Condiciones para el Tratamiento y la Divulgación de Información Financiera - Paciente Ambulatorio**
2. **Consentimiento para Servicios de Telemedicina**
3. **Declaración de Divulgación Clínica**
4. **Formularios y Firmas**
5. **Consentimiento para la Divulgación de Información del DSHS (Sólo Greater Lakes)**
6. **Todas las Escalas/Pantallas entregadas para completar**

Además, le ofrecemos varias formas de devolver los documentos firmados y completados.

- USTED puede devolver los documentos por correo de EE.UU. (se adjunta sobre franqueado),
- USTED puede entregar los documentos directamente en el centro donde recibe los servicios de Salud Mental o Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) (la dirección, el teléfono y el fax se indican a continuación)

Greater Lakes Mental Health: 9330 59th Ave. SW, Lakewood, WA 98499. Fax: 253-620-5002.
Teléfono 253620-5150.

MultiCare Behavioral Health: 325 East Pioneer, Puyallup, WA 98372. Fax: 253-697-8393. o envíe el paquete por correo electrónico a bhmedicalrecords@multicare.org. Teléfono 253-697-8530.

Navos Mental Health: 1210 SW 136th St., Burien, WA 98166. Fax 206-257-6830. Teléfono 206-257-6609.
1033 SW 152nd St., Burien, WA 98166. Fax 206-257-6830. Teléfono 206-257-6609.

Si tiene más preguntas o dudas sobre este proceso en las que podamos ayudarle, no dude en llamar a uno de los números de teléfono indicados anteriormente y haremos todo lo posible por responder a sus preguntas.

Gracias,

Equipo de Gestión de la Información de
MultiCare Behavioral Health Network

Reconocimiento de las Condiciones de Tratamiento y Divulgación de Información Financiera - Paciente ambulatorio

Acepto y doy mi consentimiento para recibir tratamiento y servicios como paciente ambulatorio de Salud Mental tratamiento y servicios de MultiCare Behavioral Health Network (Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health (MBH), Navos).

Acepto y doy mi consentimiento para recibir tratamiento y servicios para pacientes ambulatorios para el trastorno por abuso de sustancias de MultiCare Behavioral Health Network (Greater Lakes Mental Health, MultiCare Behavioral Health (MBH), Navos).

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN: Acepto la atención y el tratamiento por parte de MultiCare Health System ("MultiCare") junto con otros profesionales sanitarios empleados por MultiCare o afiliados a MultiCare (es decir. Navos, MBH, Greater Lakes, Behavioral Health Network [BHN]) que han sido designados para atenderme. Este consentimiento puede incluir exámenes, evaluaciones, pruebas, análisis de laboratorio, tratamientos de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias. Entiendo que tengo derecho a formular preguntas acerca de mi atención en cualquier momento y a participar en las decisiones de dicha atención.

NINGUNA GARANTÍA DE RESULTADOS O CURA: No se me ha hecho ninguna promesa o garantía de resultados o cura.

FOTOGRAFÍAS PARA EL TRATAMIENTO, DIAGNÓSTICO Y/O IDENTIFICACIÓN: Para fines de diagnóstico y tratamiento, yo permito que se tomen y utilicen imágenes como fotografías. Esto incluye vídeo y monitoreo electrónico o métodos de grabación. Estas imágenes pueden utilizarse para añadirse a la información escrita acerca de mi enfermedad o lesión. Algunas imágenes se utilizarán una vez y se descartarán inmediatamente, cuando ya no se necesiten. Otras podrían permanecer como parte de mi expediente médico, a discreción de los proveedores de atención médica a cargo de mi atención. También podrían tomarme fotografías con propósitos de identificación.

IMÁGENES O GRABACIONES DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN MÉDICA Y LAS INSTALACIONES Yo entiendo que debo obtener la autorización de todos los profesionales de atención médica y de cualquier otra persona presente antes de que pueda tomar fotografías o videos de cualquier miembro de mi equipo de atención. También entiendo que no puedo grabar las conversaciones a través de ningún medio sin primero recibir la autorización de todas las personas que vayan a ser grabadas.

Soy consciente de que mi proveedor utiliza videovigilancia en los vestíbulos y en lugares externos (como aparcamientos) con fines operativos y de seguridad.

ACUERDO FINANCIERO: Acepto pagar a los afiliados de MultiCare (Navos, Greater Lakes, MBH) por la atención a sus tarifas regulares y términos aplicables a mi atención y cualquier cobertura de seguro médico aplicable que yo tenga. Autorizo a MultiCare para que apele cualquier rechazo recibido por parte de mi compañía de seguros. Si un tercero responsable de los pagos no paga, yo acepto pagar por los servicios recibidos, sujeto a cualquier disposición contractual o regulatoria del gobierno. Si un tercero fue el causante de mis lesiones, entiendo que MultiCare podrá presentar un embargo preventivo de los servicios médicos, según lo previsto en la RCW 60.44.010. (Este derecho de retención sólo se aplica a una parte del producto de cualquier acuerdo entre la parte que me causó el daño y yo.) Si se envía mi factura a un abogado o a una agencia de cobros, pagaré todas las costas y honorarios razonables de los abogados, junto con los intereses y cualquier otro monto que se deba. La información acerca de los cargos estimados por los servicios sanitarios está disponible a petición. Entiendo que tengo derecho a solicitar esta información.

Identificación del Paciente - Adjuntar Siempre la Etiqueta del Paciente

Nombre del Cliente:

N.º de Expediente Médico

N.º de CSN

Edad/Sexo y Género:

RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA PARA PACIENTES AMBULATORIOS



Entiendo que mi proveedor puede enviar mi información de identificación a terceros pagadores como Organizaciones de Atención Administrada, Medicare, Medicaid, etc. Toda la información de los clientes enviada en virtud de este tipo de agencias es confidencial y se utiliza únicamente con fines de facturación. Consiento y autorizo específicamente la divulgación de mi información sobre salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias a estas agencias.

AGENTES Y CONTRATISTAS: Siempre que se haga referencia a MultiCare, es mi intención incluir a sus empleados, funcionarios, agentes, abogados, agentes de responsabilidad y reclamaciones de primera y tercera parte, administradores de reclamaciones de terceros y agencias de cobro, así como a sus agentes o empleados, para recibir cualquier información que MultiCare tendría derecho a recibir.

MEDICARE: Si soy beneficiario de Medicare, entiendo que debo pagar por los servicios que el Programa de Medicare no cubra. Esto puede incluir, entre otros, los servicios cubiertos por un seguro de automóvil o de responsabilidad civil, o cuando un tercero sea responsable de otro modo de cualquier accidente o lesión que haya provocado mi necesidad de atención, así como cualquier servicio que no esté cubierto de otro modo por Medicare.

COSEGURO: Puede que haya un coseguro para la atención de la salud relacionado con mi Medicare u otros beneficios del seguro.

AUTORIZACIONES PARA TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, MENSAJES DE TEXTO: Otorgo permiso y consentimiento a MultiCare y sus afiliados:

(1) ponerse en contacto conmigo por teléfono en cualquier número asociado a mi persona, incluidos los números de teléfono móvil; (2) dejarme mensajes en el contestador automático y en el buzón de voz, e incluir en dichos mensajes la información exigida por la ley (incluidas las leyes de cobro de deudas) y/o relativa a los importes que debo; (3) enviarme mensajes de texto o correos electrónicos utilizando cualquier dirección de correo electrónico o dispositivo móvil que yo proporcione y; (4) utilizar mensajes de voz pregrabados/artificiales y/o un dispositivo de marcación automática (un "marcador automático") en relación con cualquier comunicación que se me haga o que esté relacionada con mis servicios programados y mi cuenta, a menos que yo haya ejercido una opción de "exclusión" asociada con dichos correos electrónicos o mensajes de texto o que haya notificado a MultiCare por escrito que interrumpa dichas comunicaciones utilizando esas vías. (Entiendo que estos procesos de exclusión voluntaria podrían tomar hasta diez (10) días hábiles para que se hagan efectivos.) Yo entiendo que yo no estoy obligado a aceptar mensajes en estos formatos como condición para recibir servicios en MultiCare o sus afiliados.

CORREO ELECTRÓNICO QUE CONTENGA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA; MYCHART: yo entiendo que intercambiar mi correo electrónico, mensaje de texto u otra comunicación escrita con mis proveedores de atención médica u otros miembros de mi equipo de atención puede dar como resultado que se divulgue mi información de salud protegida a personas no autorizadas, y que MultiCare no puede controlar quién ve dicha información cuando se envía en un formato sin encriptar. Yo entiendo que MultiCare ofrece "MyChart" a todos los pacientes, cuyo sistema brinda una vía totalmente encriptada y protegida de comunicación con la mayoría de sus proveedores, aunque no todos los proveedores de MultiCare opten por utilizar MyChart. Si yo inicio o respondo a comunicaciones utilizando vías no encriptadas, asumo el riesgo de que mi información se vea comprometida, y autorizo a MultiCare y sus proveedores para que se comuniquen conmigo utilizando dicho procedimiento, a menos que o hasta que yo elija la exclusión voluntaria de dichas vías de comunicación mediante una notificación por escrito a MultiCare, otorgando un plazo de hasta diez días hábiles para implementar cualquier cambio en mis vías de comunicación.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS / VOLUNTAD VITAL: Entiendo que tengo derecho a llevar a cabo una Directiva Anticipada para el Cuidado de la Salud (A menudo referido como un "Testamento Vital.") y/o Directiva Anticipada para la Salud Mental. Yo entiendo que yo puedo obtener información sobre la política de Directiva Anticipada de mi proveedor. Si he rellenado un formulario de Advance Directive (Instrucciones Previas), acepto proporcionar una copia de dicho(s) formulario(s) a mi proveedor.

PODER DE UN ABOGADO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA / PODER DE UN ABOGADO PARA LA SALUD MENTAL: Entiendo que puedo nombrar a otra persona o personas para que tomen decisiones sobre la atención médica o la salud mental en mi nombre en los momentos en que yo no pueda hacerlo. Estas pueden tratarse de decisiones rutinarias sobre atención sanitaria (incluidas decisiones de vida o muerte), así como de decisiones sobre salud mental. Proporcionaré copias a MultiCare o le indicaré a MultiCare dónde se encuentran.

Identificación del Paciente - Adjuntar Siempre la Etiqueta del Paciente

Nombre del Cliente:

N.º de Expediente Médico

N.º de CSN

Edad/Sexo y Género:

RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Página 2 de 3



60-0840-7 (12/23)

AVISOS GENERALES Y RECONOCIMIENTOS: Se me ha proporcionado una declaración de mis derechos individuales en mi idioma preferido y entiendo que puedo ponerme en contacto con la recepcionista o con mi terapeuta si tengo preguntas, he hablado de la disponibilidad de organizaciones de defensa locales que pueden ayudarme a entender mis derechos, también he recibido una copia de este formulario y una lista de los actos de conducta no profesional e información sobre a quién dirigirme si deseo presentar una queja.

Yo entiendo que las armas de fuego y otras armas no están permitidas en ninguna instalación de MultiCare Behavioral Health Network (MCBHN) y que se me pedirá que abandone las instalaciones si estoy en posesión de un arma.

Yo entiendo que la agencia de salud mental es un ambiente libre de tabaco, sustancias ilegales, alcohol y marihuana medio ambiente libre; estas sustancias no son permitidas en las instalaciones de la agencia. La venta o trueque de drogas (ilegales, recetadas, alcohol, etc.) no están permitidos en los locales de la agencia, las personas que parezcan estar bajo los efectos de las drogas o el alcohol se les puede pedir que cambien la fecha de su cita y que abandonen la agencia.

Este consentimiento permanecerá en vigor hasta el momento en que finalicen mis servicios de tratamiento de salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias.

Por favor, firme y feche abajo:

**

Firma del Cliente (mayor de 13 años)

**

Padre/Madre/ Representante Legal

**

Nombre en letra de imprenta y Relación

**

Fecha

Identificación del Paciente - Adjuntar Siempre la Etiqueta del

Paciente Nombre del Cliente:

N.º de Expediente Médico

N.º de CSN

Edad/Sexo y Género:

**RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE
TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
FINANCIERA PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

Página **3** de **3**



60-0840-7 (12/23)

Consentimiento para Servicios de Telemedicina

Yo entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de la información y la comunicación por parte de un proveedor de asistencia sanitaria para prestar servicios a una persona cuando ésta se encuentra en un lugar distinto al del proveedor, lo que permite la comunicación en tiempo real.

Al firmar este formulario, yo doy mi consentimiento a MultiCare Behavioral Health (MBH), Greater Lakes Mental Health (GLMH) o Navos para que me presten servicios a través de la telemedicina.

Yo entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a los servicios que se me prestan a través de la telemedicina.

Entiendo que los Servicios de Telemedicina pueden ser interrumpidos en cualquier momento por mí mismo o si mi proveedor determina que los Servicios de Telemedicina ya no son apropiados. Esta información quedará documentada en mi historia clínica electrónica. Si los servicios se interrumpen, recibiré servicios sólo por teléfono (telefónicos), o servicios en persona cuando sea posible.

Yo entiendo que debo estar preparado y ser puntual en todas las citas de telemedicina.

Yo entiendo que necesito estar en un espacio tranquilo y libre de distracciones durante la sesión.

Yo entiendo que proporcionaré mi número de teléfono al inicio de la sesión, en caso de que la tecnología de telemedicina falle, y la sesión necesite continuar por teléfono.

Yo acepto notificar a mi proveedor si tengo problemas tecnológicos relacionados con mis Servicios de Telemedicina.

Yo entiendo que tengo derecho a presentar una queja si considero que se están violando mis derechos, tengo alguna preocupación con la calidad de la atención/tratamiento que estoy recibiendo o tengo alguna preocupación ética relacionada con los Servicios de Telemedicina.

PROCESO DE QUEJAS: USTED tiene derecho a ponerse en contacto con el Departamento de Salud del Estado de Washington si cree que su asesor muestra una conducta no profesional, tal y como se describe en RCW 18.130.180. Washington State Department of Health, Health Systems Quality Assurance, Complaint Intake, P.O. Box 47857, Olympia, WA 98504-7857 or 360-236-4700.

Ventajas, Limitaciones y Riesgos

MultiCare Behavioral Health Network utiliza plataformas de telemedicina que cumplen la HIPAA. MBH, GLMH y Navos han tomado precauciones para que la prestación de Servicios de Telemedicina sea lo más segura posible, sin embargo, aún existen algunos riesgos asociados a la prestación de servicios virtuales, como la interceptación de la transmisión o que otras personas a su alrededor escuchen las conversaciones de la sesión.

Si la tecnología de telemedicina falla, la llamada se corta/termina inesperadamente, el proveedor intentará reiniciar la sesión de telemedicina. Dependiendo del tipo de servicio, si eso falla, el proveedor se pondrá en contacto por teléfono y proporcionará un servicio telefónico en su lugar. Si esto falla, el proveedor se pondrá en contacto con usted más adelante para reprogramar el servicio.

Yo he leído atentamente y comprendo todas las categorías anteriores y puedo recibir una copia de este formulario, como atestigua mi firma a continuación.

Firma del Cliente (Obligatorio a partir de los 13 años): * _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Responsable: * _____

Fecha: _____

Identificación del Paciente - Adjuntar Siempre la Etiqueta del

Paciente Nombre del Cliente:

N.º de Expediente Médico

N.º de CSN

Edad/Sexo y Género:

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA



60-0841-8 (12/23)

Declaración de Confidencialidad del Consejero del Equipo

Con el fin de asegurar altos estándares de práctica para cumplir con los requisitos de licencia de la Ley de Salud Mental, la Red de Salud Mental (BHN) que consiste en Greater Lakes Mental Healthcare, MultiCare Behavioral Health y Navos emplea consejeros que están capacitados de acuerdo con las normas profesionales de psicología, trabajo social, trastornos por uso de sustancias y / u otros campos relacionados. El BHN (Red de Salud Mental) presta servicios a personas que padecen trastornos emocionales, conductuales, psiquiátricos y de abuso de sustancias. Estos servicios incluyen, pero no son limitados a evaluación de necesidades, terapia individual/familiar/de grupo para adultos y niños, y gestión de casos. Además, mantenemos historiales clínicos, procedimientos de revisión de casos, formación continua, supervisión semanal y consulta de casos psiquiátricos que cumplen los requisitos de las leyes de Salud Mental del Estado de Washington y ayudan a garantizar que los servicios prestados por nuestros asesores sean de alta calidad.

CONFIDENCIALIDAD Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo entiendo que mis registros están protegidos por la Ley del Estado de Washington RCW 70.02 y por las Regulaciones Federales HIPAA 45 CFR, Partes, 160 y 164, así como la normativa Federal que rige la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR, Parte 2. Agencias dentro de la Behavioral Health Network (Red de Salud Mental) divulgarán información sanitaria sin la autorización del cliente sólo en la medida en que lo exija la ley.

Cuando se proporcione terapia familiar, el Cliente (mayor de 13 años) o su padre/madre/tutor legal (cuando sea menor de 13 años) firmará un formulario de Autorización de Divulgación de Información en nombre de todos los participantes en las sesiones de terapia. La información confidencial sólo se divulgará de acuerdo con las leyes federales (HIPAA 45 CFR, Partes 160 y 164, 42 CFR, Parte 2) y estatales (RCW 70.02) relativas a la divulgación de información sanitaria. La información sensible relativa a la salud mental, la dependencia química y/o las enfermedades de transmisión sexual de los miembros de la familia se revisará para su redacción antes de su divulgación.

A continuación encontrará información relativa al equipo que usted verá, y las declaraciones del consejero exigidas por el estado.

Equipo: BHN Admisión **Nombre del Supervisor e Información de Contacto:** Marci McClure, LMHC 253.620.5075

El equipo está formado por internos, consejeros afiliados a la agencia, consejeros asociados y licenciados, y profesionales y estudiantes en prácticas de trastornos por consumo de sustancias. En cualquier momento, puede solicitar una lista del personal que le proporcionará el nombre, el departamento y el número de credencial/licencia del Estado de WA de todos los miembros del equipo.

- Los internos clínicos proporcionan tratamiento bajo la supervisión de un supervisor autorizado. (Los estudiantes en prácticas no pueden realizar de forma independiente trabajo social clínico, asesoramiento en salud mental o terapia matrimonial y familiar a cambio de una remuneración, ya sea económica o de otro tipo).
- Los Consejeros Afiliados a la Agencia proporcionan tratamiento bajo la supervisión de un supervisor autorizado. (Los Consejeros Afiliados a la Agencia no pueden proporcionar de forma independiente trabajo social clínico, asesoramiento de salud mental o terapia matrimonial y familiar a cambio de una retribución, monetaria o de otro tipo).
- El Consejero Asociado proporciona tratamiento bajo la supervisión de un supervisor autorizado. (Los Asociados no pueden realizar de forma independiente trabajo social clínico, asesoramiento en salud mental o terapia matrimonial y familiar a cambio de una remuneración, ya sea económica o de otro tipo).
- El Profesional en Formación en Trastornos por Consumo de Sustancias proporciona tratamiento bajo la supervisión de un supervisor aprobado.

Educación, Formación y Experiencia: Todos los proveedores tienen un Máster en el campo del asesoramiento o Trabajo Social y son MHPs (MProfesionales de la Salud Mental) formados en evaluación y diagnóstico de la salud mental.

Descripción de los Métodos/Técnicas/Curso de Tratamiento Utilizados en el Asesoramiento/Tratamiento: Se completará una Evaluación Diagnóstica y Funcional para determinar si el cliente cumple los criterios de necesidad médica y diagnóstico de salud mental. El curso del tratamiento será determinado por el consejero asignado.

Prácticas de Facturación/Información: En función de los servicios que esté recibiendo, consulte los siguientes documentos según proceda:

- Reconocimiento de las Condiciones para el Tratamiento y la Divulgación de Información Financiera
- Solicitud y consentimiento para los Servicios Terapéuticos de Salud Mental

Información de Contacto del Departamento de Sanidad

USTED tiene derecho a ponerse en contacto con el Departamento de Salud del Estado de Washington si cree que su asesor muestra actos que se considerarían conducta no profesional. PARA ver la lista completa de estos actos, por favor revise RCW 18.130.180. Si durante el tratamiento se produce alguna de las situaciones siguientes, puede presentar una queja en el sitio web del DOH en www.doh.wa.gov o enviar su queja por correo a:

Washington State Department of Health (Departamento de salud del estado de Washington)
Garantía de Calidad de los Sistemas Sanitarios Recepción de Reclamaciones
P.O. Box 47857
Olympia, WA 98504-7857
(360) 236-4700
Email: HSQAComplaintIntake@doh.wa.gov

Yo entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento y a elegir el profesional y la modalidad de tratamiento que mejor se adapten a mis necesidades individuales. La información contenida en esta divulgación no me otorga ningún derecho nuevo y no pretende sustituir a las leyes y reglamentos estatales o federales, ni a las normas profesionales.

Mi firma a continuación indica mi consentimiento para el tratamiento ofrecido por la Behavioral Health Network. Yo he leído y comprendo la información contenida en este documento, y se me ha entregado una copia de este formulario.

Firma del Cliente (Obligatorio a partir de los 13 años)

Fecha

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal Responsable

Fecha

Firma del Clínico

Fecha

Identificación del Paciente - Adjuntar Siempre la Etiqueta del

Paciente Nombre del Cliente:

N.º de Expediente Médico

N.º de CSN

Edad/Sexo y Género:

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD DEL CONSEJERO DEL EQUIPO



Formularios y Firmas

A continuación figuran los nombres y breves resúmenes de los formularios y hojas informativas que las políticas Estatales, Federales y de la Agencia nos exigen que revisemos con usted. La persona que le asista usted con el papeleo de admisión le explicará estos formularios y se le pedirá que ponga sus iniciales en cada punto para indicar que se le ha proporcionado esta información. Si tiene alguna duda sobre alguno de estos formularios, por favor este seguro y no dude en solicitar información adicional.

Ponga sus iniciales si ha recibido o le han ofrecido los siguientes documentos.

- La Garantía de Conducta Profesional es exigida por el Departamento de Salud del Estado de Washington para ayudarle a ser un cliente/consumidor informado de los servicios de asesoramiento.
 Yo he recibido una copia de la Garantía de Conducta Profesional.
- Procedimiento de Quejas - Proporciona orientación sobre el proceso de quejas de la Behavioral Health Network, en caso de que no esté satisfecho con algún aspecto del servicio que se le presta.
 He recibido una copia del Procedimiento de Reclamación.
- Derechos del Cliente - Los Derechos del Cliente han sido desarrollados por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington para informarle de los derechos que tiene al recibir servicios de salud conductual.
 He recibido una copia de los Derechos del Cliente
- Información sobre las Directivas Anticipadas sobre Salud Mental - Este documento ofrece un resumen de lo que son las Instrucciones Previas sobre Salud Mental y cómo puede obtener más información.
Si tiene 18 años o más:
 Yo he leído y comprendo la información escrita que he recibido sobre las Directivas Anticipadas.
POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:
 No tengo Directivas Anticipadas y he recibido información de contacto para obtener ayuda para obtenerlas
 Actualmente tengo una Directiva Anticipada y proporcionaré una copia a MultiCare Behavioral Health PHP
 Actualmente tengo una Directiva Anticipada y NO proporcionaré una copia a MultiCare Behavioral Health PHP
 No, yo en este momento no deseo solicitar un documento de Directivas Anticipadas
- Aviso de Prácticas de Privacidad - Este documento es requerido por las regulaciones Federales (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) para asegurarse de que usted es consciente de cómo nuestra agencia protege su información de salud y en qué circunstancias podría ser revelada a otros.
 Yo he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA
- Behavioral Health Network Controlled Substance Philosophy - Información sobre la posible derivación a servicios de medicación.
 Yo he recibido una copia de la Filosofía de las Sustancias Controladas
- Política de No Presentación - Este documento proporciona información sobre lo que es una "no presentación" y cómo las "no presentaciones" pueden afectar negativamente a la futura programación de servicios.
 Yo he recibido una copia de la política de no presentación

Firma del cliente (mayor de 13 años): _____ Fecha: _____

Firma del Progenitor o Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del Padre/Madre o Tutor: _____

Identificación del Paciente - Adjuntar Siempre la Etiqueta del

Paciente Nombre del Cliente:

N.º de Expediente Médico

N.º de CSN

Edad/Sexo y Género:

**ACUSE DE RECIBO DE LOS
DOCUMENTOS INFORMATIVOS**



60-0843-1 (12/23)

Estos documentos son para que los revise y los conserve para futuras consultas.

**Por favor, NO devuelva estas copias con las que ha firmado.

Gracias,

Salud Conductual MultiCare

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN SANITARIA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. ESTE AVISO TAMBIÉN DESCRIBE SUS DERECHOS Y ALGUNAS OBLIGACIONES QUE TIENE MULTICARE CON RESPECTO AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN SANITARIA. **POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

A los fines de este aviso, "MultiCare" o "nosotros" significa MultiCare Health System (Sistema de Salud de MultiCare), que incluye MultiCare Connected Care (Atención Continua de MultiCare), Cardiac Heart and Vascular Institute (Instituto Cardíaco y Vascular) y los miembros de MultiCare Behavior Health Network (Red de Salud Conductual de MultiCare): Greater Lakes Mental Healthcare (Salud Mental de Greater Lakes) y Navos.

COMPROMISO Y RESPONSABILIDADES DE MULTICARE CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Entendemos que la información sobre usted y su salud médica y conductual es personal. Nos comprometemos a proteger su información sanitaria y estamos obligados por la ley federal y estatal a tomar las medidas necesarias para proteger dicha información. Según las leyes federales de privacidad, esta información es denominada "información sanitaria protegida". La información médica protegida abarca cierta información que hemos creado o recibido que le identifica, incluyendo la información con respecto a su salud o el pago por su atención médica en una instalación de MultiCare, tanto por el personal del hospital, su médico personal u otros médicos involucrados en su atención médica. Incluye sus expedientes médicos y su información personal, como su nombre, número de seguridad social, dirección y su número de teléfono.

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información sanitaria protegida.
- Le informaremos si se produce una violación que podría haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este Aviso y darle una copia de este.
- Nosotros no utilizaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos notifique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos informa que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

QUIÉN HARÁ SEGUIMIENTO DE ESTE AVISO

Este aviso describe las prácticas de MultiCare y las de,

- Cualquier profesional sanitario autorizado para ingresar información en su expediente médico en cualquier centro de MultiCare.
- Todos los departamentos y unidades de MultiCare.
- Cualquier miembro de un grupo voluntario autorizado por nosotros para ayudarle mientras usted esté en una de las instalaciones de MultiCare.
- Todos los empleados y el personal que comprende el contratado o el personal de la agencia.
- Los miembros de la plantilla de MultiCare Connected Care.
- Otros proveedores de atención médica que hayan acordado seguir y acatar los términos de "aviso conjunto de prácticas de privacidad" descritas a continuación.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD CONJUNTAS

Además de aquellas personas identificadas anteriormente, una cantidad de médicos independientes han acordado con MultiCare seguir este Aviso conjunto de prácticas de privacidad, de conformidad con las leyes federales de privacidad relacionadas con la atención brindada en las instalaciones de MultiCare, que incluye a los miembros del personal médico del Hospital General de Tacoma, el Hospital de Allenmore, el Hospital Infantil de Mary Bridge, el Hospital de Good Samaritan, el Centro Médico de Auburn, el Hospital de MultiCare de Deaconess, el Centro Médico de MultiCare en Covington, el Hospital de MultiCare en Valley y otros proveedores u organizaciones independientes que prestan atención en las instalaciones de MultiCare. Los médicos independientes que han acordado seguir este Aviso pueden acceder a su información sanitaria cuando exista una necesidad legítima de hacerlo a los fines de su tratamiento, pago y operaciones de atención sanitaria relacionadas con el entorno de atención conjunta en las instalaciones de MultiCare. Es probable que los médicos independientes que hayan acordado seguir este aviso conjunto tengan un Aviso de Prácticas de Privacidad por separado por la atención prestada en instalaciones que no sean de MultiCare (p.ej. el consultorio de un médico). Le recomendamos que solicite información a los médicos que no sean de MultiCare acerca de cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad al que se adhieran por separado, en consultas o instalaciones que no sean de MultiCare.

RED DE ATENCIÓN CONECTADA DE MULTICARE

MultiCare es parte de MultiCare Connected Care Network (Red de Atención Conectada de MultiCare), que es un Acuerdo de Atención Médica Organizada (OHCA, por sus siglas en inglés). Un OHCA es (i) un entorno clínicamente integrado, en el cual los individuos normalmente reciben atención médica por parte de más de un profesional sanitario o (ii) es un sistema organizado de atención médica, en el cual participa más de un profesional sanitario. Los profesionales de atención médica que participan en OHCA un (Acuerdo de Atención Médica Organizada) compartirán su información sanitaria y de facturación con otros, según sea necesario, para llevar a cabo un tratamiento, pago y actividades de operaciones de atención médica.

OTROS TERCEROS QUIENES PODRÍAN TENER ACCESO O USAR SU INFORMACIÓN SANITARIA

MultiCare participa en redes de intercambio de información sanitaria para facilitar el intercambio seguro de su información sanitaria electrónica relativa a su tratamiento entre otros proveedores o entidades sanitarias, incluidos, entre otros, incluyendo pero no limitado a Emergency Department Information Exchange (Intercambio de Información en los Servicios de Urgencias)

(EDIE) por sus siglas en inglés, Virtual Lifetime Electronic Record (Expediente Electrónico Virtual Vitalicio) (VLER - DOD/VA) POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, o CareEverywhere (Organizaciones con Epic). MultiCare también le ofrece conectividad a su Registro Electrónico Médico a los profesionales de atención médica independientes de la comunidad. COMO condición para el acceso, cada uno de estos profesionales acuerda utilizar la información en función de una "necesidad concreta de conocimiento" y cumplir con las leyes estatales y federales relacionadas con la privacidad y seguridad.

SUS DERECHOS EN RELACIÓN CON SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

A menos que se indique lo contrario, podrá ejercer uno de sus derechos de privacidad si envía una solicitud por escrito a MultiCare Health System, Health Information Management, PO Box 5299, MS: 315-C3-HIM, Tacoma, WA 98415-0299. Para obtener más instrucciones específicas sobre qué información incluir en la solicitud por escrito, comuníquese con Health Information Management (Gestión de Información Sanitaria) al teléfono 253-403-2423.

USTED TIENE DERECHO A:

Obtener una copia impresa o electrónica de su expediente médico-Usualmente la misma incluye los registros de tratamiento y facturación, pero no incluye las anotaciones de psicoterapia.

- A solicitar la oportunidad de inspeccionar y/o copiar sus datos sanitarios protegidos, ya sea en papel o en formato electrónico, visite www.multicare.org para obtener una copia del formulario de solicitud de autorización (divulgación de información) o póngase en contacto con Health Information Management (historias clínicas) en el 253-403-2423. Las historias clínicas de Greater Lakes y Navos también pueden solicitarse por fax al 253-697-8393 o a través de BHMedicalRecords@multicare.org.
- Es posible que se le cobre un costo por las copias, correos u otros suministros asociados con su solicitud.
- En determinadas circunstancias limitadas, podríamos denegar su solicitud de inspeccionar o copiar su información sanitaria protegida. USTED puede solicitar que se revise dicha denegación.

Solicítenos corregir cierta información médica protegida: si cree que la información que tenemos acerca de usted es incorrecta o no está completa, puede solicitar una modificación de dicha información.

- Podríamos "negarnos" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito.

Solicite una justificación por determinadas divulgaciones: usted puede solicitar que se justifiquen determinadas divulgaciones de su información sanitaria protegida con una lista de todas las divulgaciones que hicimos a terceros.

- Esta lista no incluirá las divulgaciones hechas a los fines de tratamiento, pago y operaciones de atención sanitaria previamente identificadas.
- La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratis. Para obtener listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de suministrarle dicha lista. Le notificaremos el coste correspondiente y usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en gasto alguno.

Solicitar restricciones: puede solicitar por escrito que limitemos la forma de usar y divulgar su información sanitaria protegida.

- Usted también tiene derecho a solicitar un límite sobre su información sanitaria protegida que nosotros divulgamos a alguien que esté participando en su atención o en el pago de su atención, tal como un pariente o un amigo.
- Si desea establecer una restricción de este tipo, por favor notifíquelo al personal de recepción de su proveedor de asistencia sanitaria y rellene el formulario de solicitud de Restricciones antes de ser atendido.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos "negarnos" si esto pudiera afectar su atención sanitaria.
- Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con la misma, a menos que la información se necesite para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

Derecho a solicitar la no divulgación a los planes de salud de los artículos o servicios pagados por usted mismo - Usted tiene derecho a solicitar por escrito que los artículos o servicios sanitarios que pague usted mismo en su totalidad antes de su visita no sean revelados a su plan de salud.

- "Aprobaremos" su solicitud, a menos que la ley nos obligue a compartir dicha información.
- Usted es responsable de notificar a otros profesionales sanitarios, como a su farmacia, de cualquier solicitud de restricción.

Solicitar comunicaciones confidenciales - USTED puede solicitar por escrito que las comunicaciones confidenciales sobre asuntos médicos o de salud conductual se realicen de una determinada manera o en un determinado lugar.

- Por ejemplo, usted puede pedir que solo lo contactemos al trabajo o por correo electrónico a una dirección alternativa.
- Aprobaremos todas las solicitudes que sean razonables. Usted no está obligado a manifestar un motivo, pero la solicitud debe especificar cómo o dónde desea que lo contacten.

Escoger a alguien para que actúe en su nombre- si usted le ha dado poder legal médico a alguien o si alguna persona es su representante legal, dicha persona puede ejercer sus derechos y efectuar las elecciones acerca de su información sanitaria.

- Le pediremos a la persona que compruebe esta autorización para actuar en su nombre, antes que nosotros tomemos alguna acción.

Reciba una copia impresa en papel de este aviso- Usted puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento, a cualquier empleado de MultiCare.

- Este Aviso también está disponible en línea, en www.multicare.org.

USOS Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN SANITARIA POR MULTICARE

Sus Opciones: Con respecto a determinada información sanitaria, usted puede informarnos sus opciones acerca de lo que nosotros compartimos. Si tiene una clara preferencia de cómo nosotros compartiremos su información en las situaciones descritas a continuación, avísenos. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos cómo:

- Compartir la información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en su atención sanitaria

- Compartir información en situación de ayuda en caso de desastre
- Incluir su información en el directorio de un hospital

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos seguir adelante y compartir su información si creemos que es por su mejor interés. Nosotros también podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza seria o inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos nosotros no compartiremos su información, a menos que usted NOS OTORGUE su autorización por escrito (consentimiento firmado):

- A los fines de comercialización, cuando se reciba una remuneración
~Se puede utilizar información limitada sobre usted para promover la comunicación acerca de productos o servicios disponibles.
~Si no desea recibir dichos materiales, por favor, llámenos al 1-855-884-4284 o escriba al correo electrónico annualgiving@multicare.org.
- Venta de su información
- Mayor intercambio de anotaciones de psicoterapia
- Situaciones no descritas en este Aviso que no supongan una amenaza para la salud o la seguridad

En el caso de una recaudación de fondos: Nosotros podríamos ponernos en contacto con usted en el caso de una recaudación de fondos, pero puede comunicarse con NOSOTROS para que no volvamos a ponernos en contacto con usted.

- Si no desea continuar recibiendo solicitudes de recaudación de fondos para apoyar a MultiCare, por favor, llámenos (de manera gratuita) al 855-884-4284, o de manera alternativa envíenos un correo electrónico a annualgiving@multicare.org.
- Respetamos su elección en cuanto a las comunicaciones para la recaudación de fondos, y su decisión no afectará su tratamiento o el pago de los servicios a MultiCare.

MultiCare normalmente utilizará su información de las siguientes maneras:

Tratamiento; Nosotros utilizaremos y divulgaremos su información sanitaria protegida para proporcionarle tratamiento y servicios médicos, y compartirla con otros profesionales que le presten atención sanitaria.

- Este uso y divulgación podría ser para la continuidad de la atención o para los médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes del área de salud u otro personal del sistema de salud que esté involucrado en su atención médica.
- Nosotros podríamos usar y divulgar su información sanitaria a los diferentes departamentos para coordinar actividades tales como recetas médicas, análisis de laboratorio y radiografías, al igual que a otros profesionales sanitarios que podrían estar participando en su atención médica, como centros de atención médica para estancias de largo plazo, otros hospitales o clínicas o profesionales que presten atención sanitaria de manera remota, tales como los servicios que ofrecen los profesionales sanitarios de telemedicina que residen en otras comunidades, incluso en comunidades fuera de Washington y Idaho.

Pago: Según lo permita la ley, podríamos usar o divulgar su información sanitaria para obtener el pago por parte de sus seguros médicos y otras entidades.

- Esto incluye la facturación por el tratamiento y los servicios que usted reciba en una instalación de MultiCare.
- Además, nosotros podríamos usar o divulgar su información para cobrar un pago o para obtener la aprobación previa para el tratamiento y los servicios.

Operaciones del sistema de salud: Nosotros podemos usar y compartir su información sanitaria para para gestionar nuestra empresa, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

- La administración de nuestro negocio incluye actividades tales como la programación, el control de infecciones, la administración del seguro médico y las actividades sanitarias de la población.
- Nosotros podríamos también usar y divulgar su información a otros individuos (tales como asesores y abogados) y organizaciones que nos ayuden con nuestras actividades comerciales.
- Nosotros podríamos también usar su información sanitaria con fines internos, como asegurar la calidad de la atención, identificar necesidades de capacitación, la revisión de resultados, el envío de encuestas de satisfacción del paciente y otras actividades administrativas.
- Nosotros también podríamos divulgar su información a Socios Comerciales o a las compañías que nos proporcionen un servicio o que lo proporcionen en nuestro nombre, y que hayan brindado garantías satisfactorias de que protegerán su información sanitaria.

MultiCare también podría usar su información de las siguientes maneras:

Salud Pública y Seguridad- Nosotros podríamos divulgar su información sanitaria a las agencias, cuando sea necesario, para apoyar las actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen de lo siguiente:

- Para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
- Para informar nacimientos y fallecimientos;
- Para informar abusos o negligencias;
- Para informar reacciones adversas a medicamentos o problemas con los productos;
- Para notificar a las personas acerca de la retirada de productos que ellos puedan estar utilizando;
- Para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que quizá esté en riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o afección;
- Para notificar a la autoridad gubernamental adecuada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Nosotros solo haremos esta divulgación cuando la ley así lo requiera o lo autorice.

Investigación -Nosotros podemos usar o compartir su información para investigación sanitaria.

Información Limitada del Conjunto de Datos - Nosotros podríamos divulgar la información sanitaria limitada a terceros, a los fines de investigación, salud pública y operaciones de atención sanitaria. Este conjunto de datos limitados no incluirá ninguna información que pueda usarse para identificarlo a usted directamente.

Cumplimiento de la Ley-Nosotros compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo requieren, entre otras con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si dicho organismo desea verificar que estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Donación de Órganos y Tejidos-Nosotros podemos compartir su información sanitaria con las organizaciones de obtención de órganos.
Médicos Forenses, Evaluadores Médicos y Directores de Funerarias- Nosotros podemos compartir la información sanitaria con un médico forense, un evaluador médico o el director de una funeraria, cuando una persona fallece.

Indemnización de Trabajadores-Nosotros podemos usar o compartir su información sanitaria a los fines de reclamos de indemnización de trabajadores.

Solicitudes del Gobierno y Orden Público-Nosotros podemos usar o compartir su información sanitaria:

- Con las agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, tales como militares, de seguridad nacional y servicios de protección Presidencial
- En limitadas circunstancias, a los fines del cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley

Demandas y Litigios - Nosotros podríamos divulgar su información sanitaria en respuesta a una orden judicial u orden administrativa, citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal, si está involucrado en una demanda judicial o en un litigio.

Contactando con Usted-Nosotros podríamos usar y divulgar su información sanitaria para comunicarle citas y otros temas. Nosotros podemos comunicarnos con usted por correo, teléfono o correo electrónico.

- Por ejemplo, nosotros podríamos dejar mensajes de voz en el número de teléfono que nos proporcione y podríamos responder a su dirección de correo electrónico.

Alternativas de Tratamiento-Nosotros podemos usar o divulgar su información para comunicarle o recomendarle opciones o alternativas posibles de tratamiento.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud - Nosotros podemos usar o divulgar su información para comunicarle beneficios y servicios relacionados con la salud o clases de educación médica.

Reclusos- Nosotros podemos divulgar su información sanitaria a una instalación penitenciaria o funcionario del orden público, si usted es recluso o se encuentra en custodia.

Divulgación Accidental- Ciertas divulgaciones ocasionales de su información de salud pueden ocurrir como un subproducto del uso y divulgación legal de su información de salud. Se han establecido medidas de seguridad razonables para minimizar dichas divulgaciones.

Servicios de Conservación Sanguínea-Nosotros podemos usar o divulgar su información sanitaria si ha indicado su afiliación con determinadas organizaciones y creemos que es un candidato ideal que pudiera beneficiarse de los servicios de conservación sanguínea.

Amenazas graves e inminentes- Nosotros podríamos compartir su información sanitaria, cuando sea necesario, para minimizar una amenaza grave e inminente a su salud o seguridad, la del público o la de otra persona.

TIPOS DE INFORMACIÓN ESPECIAL

Las leyes federales y las de Washington y de Idaho brindan protecciones adicionales de confidencialidad en algunas circunstancias. MultiCare generalmente no puede divulgar la siguiente información del paciente sin la autorización específica:

- Washington-Enfermedades específicas de transmisión sexual
- Ley federal y estatal-Registros de Trastorno por Uso de Sustancias que podrían estar especialmente protegidos
- Washington- Registros sobre salud mental que estén especialmente protegidos en algunas circunstancias

OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

Otros usos y divulgaciones de su información sanitaria protegida que no están cubiertos por nuestro actual Aviso o por las leyes correspondientes, solo se harán con su autorización por escrito. USTED puede revocar cualquier autorización presentando una solicitud por escrito a la Oficina de Privacidad de MultiCare (en la información de contacto, en la sección de Preguntas y Reclamaciones). Si usted revoca su autorización, nosotros dejaremos de utilizar o divulgar sus datos sanitarios protegidos por los motivos contemplados en su autorización escrita, a menos que así lo exija la ley. Usted entiende que nosotros no podemos retractarnos por algún uso o divulgación que ya se haya producido mientras su autorización estaba vigente, y que nosotros estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos a usted.

CAMBIOS DE ESTE AVISO

MultiCare puede cambiar los términos de este Aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos de usted. El nuevo Aviso estará disponible a petición, en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web.

PREGUNTAS Y RECLAMACIONES

Si usted tiene preguntas en general sobre este Aviso, por favor contacte a la Oficina de Privacidad de MultiCare por el teléfono: 866-264-6121 o por correo electrónico: compliance@multicare.org. Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación en la oficina de Privacidad de MultiCare, MultiCare, P.O. Box 5299, MS: 737-2-CCIA, Tacoma, WA 98415-0299. Si nosotros no podemos resolver sus reclamaciones, usted también tiene el derecho de presentar una reclamación por escrito ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por presentar una reclamación ni comprometeremos la calidad de su atención.

El Estado quiere que usted sepa que hay actos que se considerarían conducta no profesional (RCW 18.130.180). Si alguna de las siguientes situaciones ocurre durante el curso de su tratamiento, será animado a ponerse en contacto con el Departamento de Licencias de Salud del Estado, Programas de Consejeros, P.O. Box 47869, Olympia, Washington 98504-7869. Teléfono: (360) 236-4902

Se han identificado las siguientes situaciones para que usted pueda ser un consumidor informado de servicios de asesoramiento. Las conductas, actos o condiciones que se enumeran a continuación le dan una idea general de los tipos de comportamientos que podrían considerarse una violación de la ley:

1. La comisión de cualquier acto que implique vileza moral, deshonestidad o corrupción en relación con el ejercicio de la profesión de la persona, tanto si el acto constituye un delito como si no. Si el acto es constitutivo de delito, la condena en un proceso penal no es condición previa para la adopción de medidas disciplinarias. Sin embargo, en caso de condena, la sentencia y la condena son pruebas concluyentes en la audiencia disciplinaria subsiguiente de la culpabilidad del titular de la licencia del delito descrito en la acusación o información, y de la violación por parte de la persona de la ley en la que se basa. A los efectos de esta sección, condena incluye todos los casos en los que una declaración de culpabilidad o nolo contendere sea la base de la condena y todos los procedimientos en los que la sentencia haya sido aplazada o suspendida. Nada en esta sección deroga los derechos garantizados bajo el capítulo 9.96A RCW.
2. Tergiversación u ocultación de un hecho material en la obtención de una licencia o en el restablecimiento de una licencia.
3. Toda publicidad la cual sea falsa, fraudulenta o engañosa.
4. Incompetencia, negligencia o mala praxis que provoca lesiones a un paciente o que crea un riesgo irrazonable de que un paciente pueda sufrir daños. El uso de un tratamiento no tradicional por sí mismo no constituirá una conducta no profesional, siempre que no provoque lesiones a un paciente o cree un riesgo irrazonable de que un paciente pueda resultar perjudicado.
5. Suspensión, revocación o restricción de la licencia del individuo para ejercer cualquier profesión sanitaria por parte de la autoridad competente en cualquier jurisdicción estatal, federal o extranjera, siendo una copia certificada de la orden, estipulación o acuerdo siendo una prueba concluyente de la revocación, suspensión o restricción.
6. Excepto cuando lo autorice *RCW 18.130.345, la posesión, el uso, la prescripción para el uso o la distribución de sustancias controladas o drogas legendarias de cualquier forma que no sea para fines legítimos o propósitos terapéuticos, el desvío de sustancias controladas o drogas legendarias, la violación de cualquier ley sobre drogas o la prescripción de sustancias controladas para uno mismo.
7. Violación de cualquier estatuto o norma administrativa estatal o federal que regule la profesión en cuestión, incluido cualquier estatuto o norma que defina o establezca normas de atención al paciente o de conducta o práctica profesional.
8. Falta de cooperación con la autoridad disciplinaria por:
 - a. No facilitar papeles, documentos, registros u otros elementos

- b. No proporcionar por escrito una explicación completa y exhaustiva sobre el asunto contenido en la denuncia presentada ante la autoridad disciplinaria
 - c. No responder a las citaciones emitidas por la autoridad disciplinaria, sea o no el destinatario de la citación el acusado en el procedimiento; o
 - d. No proporcionar un acceso razonable y oportuno a los representantes autorizados de la autoridad disciplinaria que deseen realizar revisiones prácticas en las instalaciones utilizadas por el titular de la licencia
9. Incumplimiento de una orden emitida por la autoridad disciplinaria o de una estipulación de disposición informal suscrita con la autoridad disciplinaria.
 10. Ayudar o instigar a una persona sin licencia a ejercer cuando se requiere una licencia.
 11. Violaciones de las normas establecidas por cualquier agencias sanitaria.
 12. Práctica más allá del ámbito de la práctica definido por la ley o la norma.
 13. Falsedad o fraude en cualquier aspecto del ejercicio de la actividad empresarial o profesional.
 14. Fallo al no supervisar adecuadamente al personal auxiliar hasta el punto de poner en riesgo la salud o la seguridad del consumidor.
 15. Ejercer una profesión que implique contacto con el público mientras se padece una enfermedad contagiosa o infecciosa que entrañe un riesgo grave para la salud pública.
 16. Promoción en beneficio propio de cualquier medicamento, dispositivo, tratamiento, procedimiento o servicio innecesario o ineficaz.
 17. Condena por cualquier falta grave o delito relacionado con el ejercicio de la profesión de la persona. A los efectos de esta sección, condena incluye todos los casos en los que una declaración de culpabilidad o nolo contendere sea la base de la condena y todos los procedimientos en los que la sentencia haya sido aplazada o suspendida. Nada en esta sección deroga los derechos garantizados bajo el capítulo 9.96A RCW.
 18. El proxenetismo, o ayuda o la complicidad en el proxenetismo, un aborto criminal.
 19. El ofrecimiento, compromiso, o acuerdo de curar o tratar enfermedades mediante un método secreto, procedimiento, tratamiento, o medicina, o el tratamiento, operación o prescripción para cualquier condición de salud mediante un método, medio o procedimiento que el titular de la licencia se niegue a divulgar a petición de la autoridad disciplinaria.
 20. La traición deliberada de un privilegio médico-paciente reconocido por la ley.
 21. Violación del capítulo 19.68 RCW o un patrón de violaciones de RCW 41.05.700(8), 48.43.735(8), 48.49.020, 48.49.030, 71.24.335(8), o 74.09.325(8).
 22. Interferencia en una investigación o procedimiento disciplinario mediante la tergiversación intencionada de los hechos ante la autoridad disciplinaria o su representante autorizado, o mediante el uso de amenazas o acoso contra cualquier paciente o testigo para evitar que aporte evidencias en un procedimiento disciplinario o cualquier otra acción legal, o mediante el uso de incentivos económicos a cualquier paciente o testigo para evitar o intentar evitar que el o ella aporte evidencias en un procedimiento disciplinario.
 23. Actual mal uso de:
 - a. Alcohol
 - b. Sustancias controladas; o
 - c. Drogas legendarias

24. Abuso de un cliente o paciente o contacto sexual con un cliente o paciente.
25. Aceptación de más de una gratificación nominal, hospitalidad o subvención ofrecida por un representante o vendedor de productos o servicios médicos o relacionados con la salud destinados para pacientes, en previsión de una venta o para su uso en investigaciones publicables en revistas profesionales, cuando se presente un conflicto de intereses, según lo definido por las normas de la autoridad disciplinaria, en consulta con el departamento, sobre la base de normas éticas profesionales reconocidas.
26. Violación of RCW 18.130.420.
27. Realizar una terapia de conversión a un paciente menor de dieciocho años.
28. Violación of RCW 18.130.430.

Usted tiene el derecho a:

1. Recibir servicios independientemente de su raza, credo, nacionalidad, religión, género, orientación sexual, edad o discapacidad;
2. Practicar la religión de su elección, siempre y cuando la práctica no infrinja los derechos y el trato de los demás o el servicio de tratamiento. Los participantes individuales tienen el derecho de rechazar su participación en cualquier práctica religiosa;
3. Ser razonablemente atendido en caso de discapacidad sensorial o física, capacidad limitada para comunicarse, dominio limitado del inglés, y diferencias culturales;
4. Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad, excepto que el personal pueda realizar registros razonables para detectar y prevenir la posesión o el uso de contrabando en las instalaciones o para abordar el riesgo de daño a la persona u otras personas. "Razonable" se define como búsquedas mínimamente invasivas para detectar contrabando o registros invasivos solo durante el proceso de admisión inicial o si existe una sospecha razonable de posesión de contrabando o la presencia de otro riesgo que podría usarse para causar daño a si mismo o a otros;
5. Estar libre de cualquier acoso sexual;
6. Estar libre de explotación, incluso la explotación física y financiera;
7. Que toda la información clínica y personal se trate de acuerdo con las normas de confidencialidad estatal y federal;
8. Participar en el desarrollo de su plan de servicio individual y recibir una copia del plan si usted así lo prefiere;
9. Elaborar una directiva anticipada de salud mental de conformidad con el capítulo 71.32 RCW;
10. Revisar su expedientes de servicio individual en presencia del administrador o su designado y tener la oportunidad de solicitar enmiendas o correcciones; y
11. Enviar un informe al departamento cuando sienta que la agencia ha violado sus derechos o un requisito de WAC que regula las agencias de salud conductual.
12. MultiCare Behavioral Health Network garantizará los derechos individuales de los participantes descritos anteriormente, así como los derechos adicionales de Medicaid que se enumeran a continuación:
 - (a) Serán entregados por escrito a cada persona al momento de su admisión o antes de esta;
 - (b) Estén disponibles en formatos alternativos para las personas con alguna discapacidad visual;
 - (c) Estén traducidos a los idiomas más utilizados en el área de servicio de la agencia;
 - (d) Estén publicados en áreas públicas; y
 - (e) Estén disponibles para todos los participantes a pedido.
13. En el momento de la admisión y a petición del cliente, MultiCare Behavioral Health Network proporcionará a cada cliente información sobre cómo presentar una denuncia al departamento si considera que se han violado sus derechos o los requisitos de este capítulo.

Autoridad Legal: RCW 71.24.037, 71.05.560, 71.34.380, 18.205.160, 43.70.080(5), 41.05.750, 43.70.250 y 74.09.520 y capítulos 71.05, 71.12, 71.24 y 71.34 RCW. WSR 22-24-091, § 246-341-0600, presentado el 12/6/22, en vigor el 5/1/23.

Autoridad Legal: RCW 71.24.037, 71.05.560, 71.34.380, 18.205.160, 71.24.037 y capítulos 71.05, 71.24, y 71.34 RCW. WSR 21-12-042, § 246-341-0600, presentado 5/25/21, en vigor 7/1/21.

Autoridad Legal: 2018 c201 y 2018 c291. WSR 19-09-062, § 246-341-0600, presentado 4/16/19, en vigor 5/17/19.



Además de los derechos anteriores, los Derechos del Cliente para una persona que recibe servicios de salud mental financiados con fondos públicos (Medicaid) en la comunidad son los que tienen derecho a:

1. Recibir la información y los servicios que solicite, cubiertos por Medicaid,
2. Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad,
3. Ayudarle a tomar decisiones sobre su atención, incluido el derecho a rechazar el tratamiento,
4. Estar libre de restricciones o aislamiento,
5. Recibir una copia de los derechos del paciente de atención sanitaria conductual,
6. Recibir una copia de su historial médico y solicitar que ellos se modifiquen o corrijan,
7. Recibir información sobre los beneficios para la salud conductual disponibles,
8. Presentar una queja, recurso o audiencia administrativa si no está satisfecho,
9. Recibir una lista de números de teléfono para casos de crisis,
10. Realizar cambios en cualquier momento en sus proveedores o gestores de casos y recibir los servicios de un Defensor Imparcial para presentar una queja, recurso o audiencia imparcial,
11. Recibir servicios en un lugar sin barreras (accesible),
12. Recibir el nombre, la dirección, el número de teléfono y los idiomas ofrecidos que no sean el inglés de los proveedores de su BHO anualmente o cuando usted lo solicite,
13. Reciba la cantidad y duración de servicios que necesite,
14. Recibir una Notificación de Acción por escrito de la BHO si se deniegan, limitan, reducen, suspenden o finalizan los servicios o si usted no está de acuerdo con el plan,
15. Recibir información sobre la estructura y el funcionamiento del BHO,
16. Recibir atención de urgencia o servicios de crisis,
17. Recibir servicios de postestabilización después de recibir servicios de urgencia, emergencia o crisis que den lugar a una hospitalización,
18. Recibir servicios adecuados a su edad y cultura,
19. Se le proporcionará un intérprete certificado y material traducido sin coste alguno para usted,
20. Recibir la información que solicite y la ayuda en el idioma o formato que prefiera,
21. Que le expliquen las opciones y alternativas de tratamiento disponibles,
22. Rechazar cualquier tratamiento propuesto,
23. Recibir una atención que no le discrimine (por ejemplo, edad, raza, tipo de enfermedad),
24. Estar libre de cualquier tipo de explotación o acoso sexual,
25. Recibir una explicación de todos los medicamentos prescritos y sus posibles efectos secundarios,
26. Elabore un documento de voluntades anticipadas sobre salud mental en el que exponga sus opciones y preferencias en materia de atención de salud mental,
27. Recibir información sobre las voluntades anticipadas medicas,
28. Recibir servicios de calidad que sean médicamente necesarios,
29. Recibir una segunda opinión de un profesional de salud mental de su zona BHO si no está de acuerdo con su proveedor,
30. Elija un proveedor para usted y su hijo (si es menor de 13 años),
31. Solicitar y recibir una copia de su historial médico. Se le comunicará el coste de la copia,
32. También puede ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Civiles para obtener más información en <http://www.hhs.gov/ocr>, o visitar <http://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?citar=388-877A-0460> A
33. También puede ponerse en contacto con la Oficina de Derechos Civiles para recibir más información en <http://www.hhs.gov/ocr>

Procedimiento de Reclamación

En caso de que no esté satisfecho con algún aspecto de su atención, los servicios que recibe de NOSOTROS, las interacciones que tiene con los miembros de nuestro personal, o sienta que se ha violado alguno de sus derechos, tiene derecho a presentar una queja.

Una "queja" se define como "una expresión formal de insatisfacción sobre cualquier asunto" iniciada por las personas atendidas o sus representantes legales.

El siguiente procedimiento explica el proceso para presentar una queja y el proceso y las acciones que se tomarán en respuesta a la misma.

1. Comunique a su médico, al supervisor de su médico o a otro miembro del equipo de tratamiento que no está satisfecho y, en concreto, con qué no está satisfecho. USTED puede presentar su queja por escrito o puede ser una notificación verbal.
2. Si presenta una queja/expresa su descontento, tenga la seguridad de que su queja no dará lugar a represalias ni a obstáculos en el servicio.
3. USTED tiene derecho a presentar una reclamación, a ser escuchado, a ser tratado de forma respetuosa y cortés, a que su reclamación sea investigada y considerada en su totalidad, y a una determinación y/o resolución oportunas.
4. Sus responsabilidades en el proceso de queja son describir con precisión su queja, comunicarse de manera respetuosa y cortés y, en caso de que no esté satisfecho con el resultado o la decisión, abogar por sí mismo poniéndose en contacto con su Organización de Atención Administrada (MCO) o con la Oficina del Servicio de Defensa de la Salud Mental si se siente obligado a HACERLO.
5. Los derechos de MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health y Navos Mental Health en el proceso de queja es que se le proporcione información precisa sobre la queja, y ser tratado de una manera respetuosa y cortés.
6. Las responsabilidades de MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health y Navos Mental Health en el proceso de quejas son obtener toda la información disponible, revisar y considerar toda la información pertinente a la queja, completar una investigación apropiada, llegar a una resolución/remedio de manera oportuna y tratar todas las quejas de manera confidencial.
7. En un plazo de cinco (5) días laborables a partir de la notificación de la queja, recibirá un acuse de recibo de su queja por escrito.
8. Inmediatamente después de recibir su queja, empezaremos a trabajar en una solución para remediar su insatisfacción. COMO parte de este proceso, se revisará su queja y toda la información disponible. Si se identifican testigos, intentaremos entrevistarlos también como parte del proceso de investigación.
9. EN un plazo máximo de treinta (30) días naturales, su reclamación será investigada y resuelta. USTED recibirá una Carta de Resolución de la queja que enumera la solución, así como otras opciones a tomar en caso de que usted no esté satisfecho o en desacuerdo con la resolución.
10. Aunque esperamos sinceramente resolver su queja a su satisfacción, si no está satisfecho o no está de acuerdo con la resolución, puede ponerse en contacto con su Organización de Atención Administrada.
11. Si desea asistencia adicional para presentar una queja, puede ponerse en contacto con la Oficina del Servicio de Defensa de la Salud Mental de su condado en www.obhadovacy.org o al **1-800-366-3103** o **360-292-5038**. La Oficina del Servicio de Defensa de la Salud del Comportamiento está a su disposición para responder a sus preguntas y ayudar a las personas y familias con el proceso de reclamación.

Notificación importante Sobre Su Historial Médico

La red MultiCare Behavioral Health Network, compuesta por Navos, Greater Lakes Mental Healthcare y MultiCare Behavioral Health, forma parte del MultiCare Health System y comparte una plataforma común de historia clínica electrónica. Esto significa que **cualquier proveedor de atención sanitaria de MultiCare puede acceder a los historiales médicos de cualquier otro centro, departamento o proveedor de MultiCare.**

Porque todos formamos parte del mismo sistema de salud, su médico de MultiCare podrá ver sus expedientes de trastornos por uso de sustancias o de salud mental de Navos, Greater Lakes o MultiCare Behavioral Health. Su asesor o proveedor de cualquiera de nuestras organizaciones de la Behavioral Health Network también puede acceder a la información sobre su salud física del MultiCare Health System.

Esta capacidad de compartir y acceder a la información a través de MultiCare nos permite ofrecer una salud de alta calidad, para toda las personas, que integra todos los aspectos de su atención médica, incluido el tratamiento físico, mental y de Trastornos por Consumo de Sustancias.

Información sobre el Documento de Voluntades Anticipadas de Salud Mental

Un documento de voluntades anticipadas de salud mental (MHAD, por sus siglas en inglés) es un documento escrito en el que se describen sus instrucciones y preferencias de tratamiento y atención en momentos en los que tiene dificultades para comunicarse y tomar decisiones. El puede informar a los demás sobre el tratamiento que desea o no desea. Si desea obtener información más específica sobre las directivas anticipadas de salud mental o si desea recibir ayuda para obtener una, usted puede comunicarse con su Equipo de Tratamiento en MultiCare Behavioral Health, Greater Lakes Mental Health, o Navos Mental Health, o puede llamar por teléfono:

**División de Salud Mental y Recuperación del Estado de Washington,
Oficina de Asuntos del Consumidor: 1-800-446-0259**

Política de No Presentación

Es importante que llames para cancelar cualquier cita que no te venga bien 24 horas antes de la cita. Si no llama con 24 horas de antelación para cancelar una cita, se marcará como **cancelación tardía o no presentación**.

Si ha faltado a su cita de asesoramiento y se conserva un no presentación:

- Si usted no ha completado una sesión de asesoramiento con su consejero, terapeuta, clínico dentro de los 30 días desde su cita perdida, entendemos que usted no está interesado o es incapaz de continuar el asesoramiento y su caso será cerrado.
- Si ha surgido una emergencia que le impide acudir a su cita y anularla en un plazo de 24 horas, póngase en contacto con el Departamento de programación de citas y/o con su terapeuta/gestor de casos/clínico para discutir las opciones. Una vez cerrado su historial, también finalizarán todos los servicios de gestión de la medicación. *(Este proceso puede variar en función del lugar en el que reciba los servicios)*

Programación de números de teléfono:

Greater Lakes MHC: 253-581-7020

Opción 2 - Adult Outpatient Services/Direct dial: 253-620-5064

Opción 3 - Servicios para niños y familias/Discado directo: 253-620-5109

Clínica Greater Lakes Spanaway: 253-535-1935

Kitsap: 564-669-5250 opción 2 y luego 2

MBH: 253-697-8400 opción 2 y luego 2

Navos Lake Burien Infant & Youth Clinic: 206-242-1698 opción 0

Navos Mental Health & Wellness Center: 206-257-6600 opción 8

Spokane - Inland NW: 509-342-3480 opción 2 y luego 2

Gracias por elegirnos como su proveedor de salud mental. Le agradecemos su confianza y nos comprometemos a seguir prestándole un excelente servicio al cliente.

Behavioral Health Network Filosofía sobre Sustancias Controladas

Bienvenido a Multicare Behavioral Health Network: Su plan de tratamiento puede incluir una remisión a nuestra clínica de Servicios Médicos para la administración a corto plazo de medicamentos para la salud mental. Queremos que conozca nuestra filosofía con respecto a los Simulantes (Adderall, Vyvanse, Ritalin, etc.) Benzodiazepina (Valium, Xanax, Klonopin, etc.) e Hipnóticos Sedantes (Ambien, Temazepam, Lunesta, etc.) clases de medicamentos controlados.

Tratamiento no farmacológico: Animamos a trabajar con gestores de casos, clínicos, y terapeutas para aprender nuevas habilidades de afrontamiento no farmacológicas para controlar la ansiedad, la concentración y el sueño.

En caso de Derivación a Servicios Médicos:

- La participación en la terapia es un requisito previo para recibir atención en la clínica de Servicios Médicos.
- La inscripción en los Servicios Médicos es temporal.
 - Nosotros no proporcionamos una gestión de la medicación autónoma o a largo plazo. ◦ Los objetivos del tratamiento en los Servicios Médicos incluyen devolver la atención a su proveedor de atención primaria o a otro recurso comunitario para la gestión de la medicación a largo plazo.
- No aceptamos derivaciones para diagnósticos primarios de ADHD en programas para adultos.
 - El uso de medicamentos Estimulantes está contraindicado para muchos trastornos concurrentes.
- Nosotros seguimos las normas nacionales de atención sanitaria a la hora de prescribir medicamentos controlados.
 - Benzodiazepinas/ Hipnóticos Sedantes (si se prescriben) sólo deben utilizarse a la dosis efectiva más baja y durante el menor tiempo posible. ◦ Benzodiazepinas pueden presentar graves interacciones medicamentosas con muchos medicamentos (Opioides, MAT, Somníferos, etc.). ◦ El uso de medicamentos Controlados no es la mejor práctica para muchos diagnósticos.
- Los medicamentos, si están indicados, se seleccionan para tratar su diagnóstico psiquiátrico basándose en la evaluación del proveedor, los hallazgos clínicos y la evidencia de las mejores prácticas.
- Los Servicios Médicos se reservan el derecho a negarse a seguir recetando medicamento(s)
 - Los prescriptores tienen la obligación de prescribir (y dejar de prescribir) medicamentos de forma que promuevan una salud óptima y lo mejor para usted. ◦ Incluso si usted ha tomado un medicamento controlado en el pasado, nuestros proveedores toman una decisión independiente en cuanto a los riesgos y beneficios de su uso continuado.