



Bienvenido a Plains Area Mental Health Center

Estimado nuevo cliente:

Le agradecemos por elegir a Plains Area Mental Health Center como su proveedor de salud mental.

Se adjunta la documentación de registro que deberá completar y firmar donde se indique. Utilice tinta azul oscuro o negra al completar. Por favor de completar lo siguiente:

- Formulario de información del cliente
- Lista de verificación de síntomas
- Divulgación de información para propuesto correspondientes
- Reconocimiento de la política de cancelación/no presentación del cliente
- Consentimiento informado para los servicios. En algunas de nuestras oficinas, firmará electrónicamente este formulario con el personal de apoyo administrativo de la oficina principal.
 - Su firma electrónica indica que reconoce que ha recibido una copia del Consentimiento Informado de Salud Mental para Servicios del Área de Plains que proporciona una Descripción de los Servicios, Consentimiento Informado sobre esos servicios; Derechos y Responsabilidades del Consumidor, Información y acuerdos relativos a pagos y seguros; Aviso de Prácticas de Privacidad: Información sobre confidencialidad y los Procedimientos de Apelación/Queja del Centro para los Consumidores.

Puede conservar la copia de la Carta de Bienvenida, la Copia del Consentimiento Informado para los Servicios, el Aviso de Prácticas de Privacidad y la Información Psiquiátrica Anticipada incluidos en este paquete para sus registros.

Regrese a la oficina principal de Salud Mental del Área de Plains al finalizar. También necesitaremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro.

Tarifas de los servicios de Plains Area Mental Health Center:

Servicio:	Precio:	Tipo:
Comprobación de la medicación psiquiátrica-	\$65-\$175	En persona o por telemedicina
Evaluación psiquiátrica del paciente existente-	\$225	En persona o por telemedicina
Evaluación psiquiátrica de nuevos pacientes-	\$220-\$375	En persona o por telemedicina
Sesión de terapia de grupo-	\$80	En persona o por telemedicina
Sesión de terapia individual-	\$90-\$160	En persona o por telemedicina
Admisión a terapia de nuevos pacientes-	\$225	En persona o por telemedicina
Evaluación DOT-	\$125	En persona
Evaluación psicológica-	\$225	En persona
Pruebas psicológicas-	\$250/ Por hora	En persona
Calificación de pruebas psicológicas/redacción de informes-	\$250/ Por hora	Después en persona
Vida comunitaria asistida-	\$180/ Por Mes	En persona
Servicios de Apoyo entre Pares	\$120/ Por Hora	En persona o por telemedicina

Si lo necesita, puede solicitar un programa de reducción de tasas. Debe rellenar la solicitud de reducción de tasas y presentar una prueba de ingresos para poder optar a ella. Por favor, póngase en contacto con su oficina local de PAMHC para obtener más información sobre el Programa de Reducción de Tasas/Solicitud de Beca.

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL CLIENTE

***Por favor, utilice la información legal**



Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellidos: _____

Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ # de Seguro Social _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Raza: _____

Idioma preferido: _____ Estado civil: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Empresa/Escuela a la que asiste: _____

Ingresos anuales: _____ # de dependientes: _____

Fuente de remisión (¿Le remitió otro proveedor? En caso afirmativo, ¿quién?):

Motivo por el que busca tratamiento:

☐ Dep. de Transporte/ Licencia de conducir/ O.W.I.**

☐ Evaluación de abuso de sustancias

☐ Orden judicial

☐ Terapia/ Asesoramiento

☐ Gestión de la medicación/ Psiquiatría

☐ Asuntos legales

☐ Departamento de Salud y Servicios Humanos/Caso de protección de menores

Cuestiones relacionadas con la tutela, el régimen de visitas o la custodia: ☐ SÍ ☐ NO

¿Alguien además de los padres o tutores legales traerá y/o concertará citas para el cliente? (necesitaremos una autorización de información firmada y archivada)

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Parentesco: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto en caso de emergencia:

Parentesco:

Teléfono de contacto en caso de emergencia

Padre(s) (si es menor de edad) o tutor legal:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: _____

de Seguridad Social: _____ # de Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Parentesco: _____

de Seguridad Social: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS:**Principal**

Nombre del titular de la póliza: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____

F. de Nacimiento: ____/____/____ # Seg. Social: _____

Relación con el cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Empleador: _____

Nombre de la póliza de seguro/compañía _____

ID de miembro: _____ Grupo: _____

Secundario

Nombre del titular de la póliza: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____

F. de Nacimiento: ____/____/____ # Seg. Social: _____

Relación con el cliente: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Empleador: _____

Nombre de la póliza de seguro/compañía _____

ID de miembro: _____ Grupo: _____

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

A continuación, se ofrece una breve explicación de cada uno de los servicios prestados por Plains Area Mental Health:

- **Servicios de Crisis:** Se puede acceder a nuestros servicios de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Ofrecemos ayuda inmediata cuando una persona atraviesa una crisis de salud mental, proporcionando evaluación rápida, triaje y estabilización. El Equipo Móvil de Crisis puede desplegarse cuando sea necesario para realizar una evaluación e intervención presencial. Además, cuando se requiere, se dispone de Servicios de Crisis más intensivos que ofrecen sesiones presenciales diarias con un profesional de la salud mental, acceso a medicación, asesoramiento y servicios de apoyo mutuo, así como vinculación con servicios continuos en la comunidad. Línea de Crisis: 1-888-546-0730.
- **Servicios Psiquiátricos:** Los servicios psiquiátricos son prestados por psiquiatras, asistentes médicos y/o enfermeros de práctica avanzada. Se ofrece atención psiquiátrica ambulatoria integral a niños y adultos. El psiquiatra, asistente médico o enfermero de práctica avanzada diagnostica y trata los trastornos psiquiátricos. Dichos servicios se llevan a cabo con el fin de evaluar síntomas, necesidades, capacidades, discapacidades e historial médico, diagnosticar enfermedades y determinar las necesidades de tratamiento y seguimiento. El tratamiento continuo se brinda mediante la gestión de medicamentos para monitorear sus efectos y reacciones adversas.
- **Servicios Ambulatorios de Salud Mental:** La terapia ambulatoria se centra en aliviar problemas específicos de salud mental, mejorar el funcionamiento general y prevenir el desarrollo de dificultades más graves o perjudiciales para la persona y sus cuidadores. Los servicios de terapia ambulatoria están disponibles para personas (niños, adolescentes y adultos), grupos, familias y parejas, entre otros. Todos los terapeutas cuentan con licencia profesional o son elegibles para obtenerla en su respectiva disciplina. Con base en una evaluación integral e historial social, el terapeuta y el paciente establecen un plan de tratamiento acordado mutuamente para facilitar el logro de los objetivos. El proceso terapéutico es individualizado y se adapta a los recursos, capacidades y limitaciones de cada persona recibiendo el servicio. La frecuencia y duración del tratamiento varían según las necesidades individuales. Además de la terapia individual, los servicios ambulatorios también se brindan en modalidades familiares y/o grupales.
- **Servicios Ambulatorios para Trastornos por Consumo de Sustancias:** La psicoterapia para trastornos por consumo de sustancias es un servicio autorizado por el IDPH que se incorpora a la psicoterapia para personas que enfrentan problemas relacionados con el alcohol, medicamentos con receta y otras sustancias ilegales. Los servicios de psicoterapia para trastornos por consumo de sustancias se centran en mitigar problemas específicos de abuso/dependencia de sustancias, mejorar el funcionamiento general y prevenir la aparición de problemas más graves o perjudiciales para la persona y su familia. Los terapeutas que prestan este servicio de atención concurrente cuentan con la capacitación y las credenciales en esta área de especialidad. Los niveles de atención que se prestan a clientes adultos y adolescentes incluyen los servicios del Nivel I y Nivel II. Plains Area Mental Health también realiza evaluaciones del Departamento de Transporte (DOT) para personas que han recibido un cargo por conducir bajo los efectos del alcohol o drogas (OWI/DUI).
- **Servicios de Evaluación Psicológica:** Brindan una evaluación del rendimiento intelectual, habilidades, capacidades, personalidad y estado mental del individuo para apoyar en la planificación de su tratamiento. La evaluación psicológica permite determinar la condición de discapacidad, aptitudes vocacionales, aptitud laboral y para procedimientos quirúrgicos, así como el funcionamiento general. Por lo general, es un servicio breve que consta de 1 a 3 visitas de duración variable.

- **Servicios Comunitarios:** Ofrecen asistencia a personas con enfermedades mentales graves para maximizar su potencial y permitirles vivir de la manera más independiente posible. Estos programas brindan apoyo para la integración comunitaria, planificación y prevención de crisis, desarrollo de habilidades sociales y adaptativas, vinculación con otros recursos, manejo de síntomas, educación familiar y creación de redes de apoyo natural. Los servicios incluyen Apoyo Comunitario, Rehabilitación Diurna y en el Hogar, Servicios de Apoyo Mutuo y Centros de Bienestar y Apoyo Mutuo.
- **Centros de Bienestar y Apoyo Mutuo:** The Clubhouse (ubicado en Carroll, IA) y The Meeting Place (ubicado en Le Mars, IA) son espacios seguros para actividades recreativas y sociales destinadas a personas con un diagnóstico verificado de enfermedad mental persistente. No es necesario estar inscrito en otros servicios del Centro Plains para hacer uso de ellos. Se ofrece una variedad de actividades, que incluyen manualidades, juegos, acceso a computadoras e internet, televisión y dinámicas grupales. Además del espacio de socialización libre, se programan múltiples actividades estructuradas a lo largo del mes, tales como proyección de películas, grupos de resolución de problemas, arte, conferencias, juegos, fiestas festivas y salidas comunitarias.
- **Consultoría y Educación:** Se ofrece a particulares y profesionales en toda el área de servicio, adaptándose a las necesidades de salud mental de sus familias, empleados, pacientes, estudiantes y clientes. Se dispone de presentaciones educativas para organizaciones comunitarias, escuelas, empresas y público en general previa solicitud.
- **Turning Point - Servicios Residenciales de Estabilización de Crisis:** Turning Point brinda servicios de estabilización de crisis a corto plazo a personas de 18 años o más que cumplen con los criterios de crisis de salud mental y no requieren hospitalización psiquiátrica. Cada persona es evaluada por un médico de urgencias, médico local o proveedor psiquiátrico para confirmar que se encuentra médicamente estable dentro de su cuadro de crisis de salud mental. Turning Point es una instalación de 8 camas que ofrece atención supervisada de corto plazo por un máximo de 5 días, junto con terapia diaria y desarrollo de habilidades.
- **Servicios de Estabilización de Crisis Basados en la Comunidad (CSCBS):** Brindan servicios de estabilización a corto plazo en la comunidad tras una crisis de salud mental para jóvenes menores de 18 años o adultos de 18 años o más que no requieran ingreso hospitalario. Las remisiones se realizan a través del Equipo Móvil de Crisis (MCAT) y no requieren la alta médica previa para el ingreso.
- **Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT):** Ofrece tratamiento y servicios de rehabilitación comunitarios integrales y efectivos a personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves que experimentan los síntomas más persistentes y, por consiguiente, mayores dificultades para vivir de forma independiente. Las remisiones al programa provienen de diversas fuentes.
- **Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT):** Es el uso de medicamentos en combinación con asesoramiento y terapias biológicas para brindar un enfoque integral en el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias.

Salvaguarda de los Derechos de las Personas Atendidas - Derechos y Responsabilidades

Plains Area Mental Health reconoce que su responsabilidad principal es promover y proteger el bienestar mental de las personas a las que presta servicios. Los empleados están comprometidos a brindar servicios que respeten y apoyen la autonomía, la privacidad, la dignidad, la autoestima y la participación activa de cada individuo en su tratamiento. La atención se brinda teniendo en cuenta las barreras del idioma, las diferencias culturales y las limitaciones cognitivas, y se realizan las adaptaciones pertinentes para garantizar que cada persona pueda participar de manera significativa en su atención y tratamiento.

Los Derechos del Individuo incluyen:

- El derecho a ser tratado con respeto y dignidad, independientemente de su estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil, orientación sexual o antecedentes penales y policiales.
- El derecho a recibir servicios basados en sus necesidades individuales, circunstancias, preferencias y objetivos de tratamiento.
- El derecho a recibir servicios de calidad y a que la idoneidad de su atención sea monitoreada y garantizada.
- El derecho a la aplicación uniforme de las reglas y expectativas del programa.
- El derecho a dar su consentimiento o rechazar los servicios.
- El derecho a rechazar cualquier servicio, tratamiento o medicación, a menos que lo exija la ley o una orden judicial. Las consecuencias de dicho rechazo se discutirán con el individuo y pueden incluir el alta del servicio.
- El derecho a recibir servicios en un entorno libre de fuerza, amenazas o presiones, donde se protejan la autonomía, el respeto y la autodeterminación.
- El derecho a que sus opiniones sean tomadas en cuenta en la toma de decisiones que le afecten.
- El derecho a que las personas legalmente responsables de su bienestar estén plenamente informadas sobre la naturaleza de los servicios, intervenciones y resultados, a fin de que puedan tomar decisiones sobre su participación o la de sus hijos.
- El derecho a ser informado sobre el propósito de los servicios que recibe.
- El derecho a ser informado de los beneficios, riesgos, efectos secundarios y alternativas de los servicios.
- El derecho a hablar por teléfono con el personal de crisis, independientemente de la edad u otro factor demográfico, sin el consentimiento del tutor; sin embargo, se requiere el consentimiento del cliente o del padre/tutor de un menor para las intervenciones móviles de crisis.
- El derecho de un menor, mayor de 12 años, a dar su consentimiento para el tratamiento de consumo de sustancias sin la autorización de sus padres o tutores.
- El derecho a recibir descripciones de los riesgos principales que puedan existir en cualquier procedimiento de tratamiento no habitual. Plains no realizará investigaciones experimentales sin el consentimiento por escrito del cliente.
- El derecho a recibir servicios sin retrasos injustificados desde el punto de vista clínico.
- El derecho a ser atendido en el entorno menos restrictivo posible.
- El derecho a expresar opiniones, presentar quejas o reclamos sobre los servicios recibidos y apelar las acciones de la agencia, incluidas las presuntas violaciones de derechos civiles, de forma verbal o mediante el Formulario de Apelación Individual, sin riesgo de interferencias ni represalias.
- El derecho a acceder a su expediente clínico y a que este se encuentre protegido contra vulneraciones a su privacidad. La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad, a menos que se otorgue autorización por escrito mediante un consentimiento firmado, se emita una orden judicial a Plains Area Mental Health, o se divulgue a personal médico en una emergencia o a personal calificado para investigaciones, auditorías o evaluaciones de programas.
- El derecho a contar con una Directiva Psiquiátrica Anticipada y la expectativa razonable de que Plains Area Mental Health la cumplirá cuando sea posible. El cliente debe informar a Plains sobre la existencia de dicha directiva.

RESPONSABILIDADES DEL INDIVIDUO

Las responsabilidades del individuo incluyen:

- Informar a su médico de atención primaria sobre cualquier medicamento recetado como parte de su tratamiento en Plains Area Mental Health.
- Informar a Plains Area Mental Health si es el tutor legal de la persona que solicita los servicios y proporcionar la documentación de acreditación correspondiente antes de iniciar la atención.
- Asistir a todas las citas programadas y avisar con al menos 24 horas de anticipación si necesitan cancelar. Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación se considerarán como falta de asistencia. Después de dos faltas de asistencia, las personas podrán estar sujetas a una o ambas de las siguientes medidas: (1) programación el mismo día para citas psiquiátricas y/o (2) la realización del grupo Estrategias para el Éxito (Strategies for Success) antes de continuar con los servicios de terapia. Durante este periodo, la programación de citas con anticipación podría no estar disponible. Tres o más citas perdidas, combinadas con el incumplimiento del tratamiento recomendado, pueden dar lugar a la alta administrativa de los servicios.
- Proporcionar información honesta, exacta y completa sobre su estado de salud, incluidos los medicamentos actuales, condiciones médicas o de salud conductual pasadas y presentes, y cualquier cambio significativo en su salud.
- Formular preguntas si no comprende su diagnóstico, las recomendaciones de tratamiento o los servicios prestados, y participar activamente en su atención para favorecer resultados favorables.
- Participar en la elaboración y seguimiento de su plan de tratamiento en colaboración con su proveedor e informar cualquier cambio en sus circunstancias o condición que pueda afectar el tratamiento.
- Aceptar la responsabilidad de las consecuencias de sus decisiones de salud, incluida la decisión de rechazar el tratamiento recomendado o no seguir el plan acordado.
- Respetar los derechos, la privacidad, la dignidad y la propiedad del personal y de otros usuarios en Plains Area Mental Health.
- Mantener una actitud considerada hacia los demás usuarios y el personal: queda prohibido el uso de lenguaje soez o vulgar en áreas públicas, la violencia física, las amenazas, la intimidación y la destrucción de la propiedad de la institución.
- Cumplir con la Política de Prohibición de Armas. Queda estrictamente prohibida la entrada de cualquier tipo de arma, así como de drogas o alcohol, en las instalaciones de Plains Area Mental Health.
- Consultar con su farmacia sobre las reposiciones de medicamentos antes de comunicarse con Plains Area Mental Health.
- Comprender la cobertura y beneficios de su seguro médico y asumir las responsabilidades financieras por los servicios recibidos, incluidos copagos, deducibles, coaseguros y cargos no cubiertos.
- Notificar de inmediato a Plains Area Mental Health sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro, dirección, número telefónico u otra información necesaria para mantener la continuidad de la atención y la facturación exacta.

TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD

- Entiendo que ambos padres conservan el derecho legal de recibir información sobre el tratamiento de su hijo/a, a menos que se presente a Plains una documentación legal que establezca una orden de alejamiento o la extinción de la patria potestad. El padre no custodio tiene derecho a ser informado de que su hijo/a está recibiendo servicios.
- Entiendo que el personal clínico de Plains no realiza determinaciones de custodia ni emite opiniones sobre acuerdos de custodia, régimen de visitas o tiempo de crianza.
- Entiendo que Plains facturará a la persona que firma este acuerdo cualquier saldo restante tras la aplicación del seguro de terceros u otro pago. Soy responsable de gestionar con el otro progenitor el pago de la porción correspondiente que haya acordado asumir.
- Entiendo que el personal clínico de Plains son denunciantes obligatorios de maltrato infantil y deben notificar al Departamento de Salud y Servicios Humanos cualquier sospecha de abuso físico, sexual o emocional, denegación de cuidados críticos o negligencia.
- Entiendo que soy responsable de participar en el tratamiento de mi hijo/a según lo recomendado por el profesional tratante.

- Entiendo que Plains Area Mental Health requiere el consentimiento informado del padre, madre o tutor legal antes de brindar tratamiento a un(a) menor de 18 años.
- Entiendo que el padre, madre o tutor legal debe estar presente en la cita inicial para revisar y firmar la documentación requerida.
- Entiendo que, para todos los servicios de salud mental (excluyendo el tratamiento por trastorno de uso de sustancias), el padre, madre o tutor legal participará en el proceso de tratamiento según corresponda, incluyendo la planificación, recepción de informes de progreso y coordinación de la atención.
- Entiendo que el padre, madre o tutor legal debe estar presente en cada cita psiquiátrica o de control de medicamentos.

INFORMACIÓN Y ACUERDOS SOBRE PAGOS Y SEGUROS

Entiendo y acepto las siguientes condiciones de pago por los servicios profesionales en Plains:

- Es mi responsabilidad contactar a mi compañía de seguros o responder a sus requerimientos sobre restricciones o requisitos. De no hacerlo, seré responsable del costo total de la tarifa.
- Tengo derecho a restringir la información divulgada a un plan de salud. Se cobrará la tarifa completa a quienes, teniendo cobertura de seguro, opten por no tramitar el reclamo. Seré responsable de pagar la tarifa total al momento de la prestación del servicio.
- Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar reclamos ante terceros pagadores. Esto puede incluir nombre, edad, sexo, dirección, número de seguro, número de cliente, diagnóstico, fechas de servicio, duración del servicio, nombre del proveedor, tipo de tratamiento prestado, plan de tratamiento y notas de evolución, si decido facturar los servicios a mi plan de salud.
- Si cuento con un seguro colectivo a través de mi empleador, la información antes mencionada podrá ser facilitada al departamento de prestaciones de dicho empleador.
- A menudo se requiere un diagnóstico psiquiátrico para obtener el reembolso de terceros pagadores.
- Mis terceros pagadores reembolsarán directamente a Plains por los servicios prestados y facturados.
- Es mi responsabilidad completar el proceso de beca/asistencia si solicito una reducción de tarifa. Acepto pagar el porcentaje establecido determinado por Plains.
- El pago y los copagos vencen al momento de la prestación del servicio, a menos que se haya establecido un plan de pago previo.
- Si, a juicio del personal de Plains, mi información de ingresos ha sido reportada de manera fraudulenta, o si mi cuenta incurre en mora, entiendo que el personal de Plains tiene derecho a entregar mi nombre y los datos de mi cuenta a una agencia privada de cobranza.
- Si no realizo los pagos bajo los términos de este acuerdo, es posible que se requiera una reunión sobre honorarios con el personal de Plains antes de que se me sigan prestando servicios profesionales.
- Presentaré una tarjeta de seguro vigente y notificaré al personal de Plains cualquier cambio en mi cobertura. Entiendo que se me cobrará la tarifa completa hasta que proporcione la información actualizada.
- Es mi responsabilidad notificar al titular de la tarjeta de seguro (si es una persona distinta de mí) que se facturará a su seguro o al titular para el pago de estos servicios.
- Si los servicios son financiados por terceros pagadores, dichos servicios pueden estar sujetos a auditorías por parte de representantes autorizados para verificar la prestación de los mismos, y doy mi consentimiento para las revisiones con tales fines. Entiendo además que dichas auditorías no implicarán compartir información distinta a la autorizada por las leyes estatales y federales descritas en el Aviso de Privacidad suministrado.
- Si un proveedor de Plains es citado a declarar u ordenado a comparecer ante un tribunal por mi abogado o por el juez en relación con una citación, se cobrará la tarifa vigente establecida por hora por todo el tiempo fuera de la oficina. Los proveedores no reciben pagos por su testimonio, sino que se les compensa por el tiempo invertido fuera de su consulta en Plains. Las tarifas de escala móvil no se aplican a estos cargos. Entiendo además que se me cobrará a mí o a mi abogado una tarifa por fotocopiar, enviar por correo o fax cualquier expediente en relación con una orden judicial o citación. Se aplicará una tarifa por los informes, resúmenes o cartas emitidos a raíz de una orden judicial o citación.
- Se podrá aplicar una tarifa por cualquier informe solicitado para actividades ajenas al tratamiento, tales como indemnizaciones laborales, evaluaciones de discapacidad o determinaciones de aptitud laboral.
- Entiendo que Medicare o Medicaid no reembolsarán un servicio de terapia y un servicio psiquiátrico prestados el mismo día.
- Entiendo que, si poseo cobertura de Medicaid, no se me podrá cobrar ningún gasto de mi bolsillo por ningún servicio prestado en Plains.

Directivas Psiquiátricas Anticipadas

¿Qué es una Directiva Psiquiátrica Anticipada (PAD)? Es un documento legal que permite a una persona dirigir su atención médica en caso de quedar incapacitada para tomar o comunicar decisiones sobre su salud, incluida la atención de salud mental.

¿Cuáles son algunos de los beneficios de contar con una PAD? Ofrece múltiples beneficios, tales como brindar respaldo legal adicional a su derecho a elegir su propio tratamiento. También le brinda la oportunidad de discutir la planificación y recuperación con familiares, amigos y proveedores; proporciona información útil a los profesionales que no le conocen bien; le permite autorizar con antelación quién puede recibir o divulgar su información médica; y permite establecer disposiciones legales para el cuidado de sus hijos, finanzas y mascotas durante una crisis.

¿Puedo redactar una directiva psiquiátrica anticipada vinculante en el estado de Iowa? Sí, mediante el nombramiento de un apoderado. El estatuto de Poder Duradero para la Atención Médica de Iowa le permite designar a un representante para que tome decisiones médicas en su nombre si usted queda incapacitado/a para tomarlas. La "atención médica" puede incluir la atención de salud mental. El formulario recomendado para este fin se denomina Poder Notarial Duradero. El formulario no es obligatorio, pero sí recomendable.

Antes de seguir las indicaciones de mi PAD, ¿mis proveedores de salud mental necesitarían que un tribunal determine que no soy competente para tomar una decisión? No. El estatuto no especifica ningún procedimiento en particular para que su PAD entre en vigor. En la práctica, su PAD se cumplirá siempre que sus proveedores consideren que usted no está en condiciones de comprender o comunicar las decisiones de tratamiento por sí mismo/a.

¿Indica la ley cuándo los proveedores pueden negarse a cumplir la PAD? Sí. Su proveedor podría negarse a seguir las instrucciones del apoderado en una situación de emergencia. Se considera "emergencia" cualquier circunstancia en la que la persona represente un peligro para sí misma o para terceros.

Si desea más información o tiene alguna duda, comuníquelo a su proveedor de servicios de salud.

* Información sobre las directivas psiquiátricas anticipadas obtenida del Centro Nacional de Recursos sobre Directivas Psiquiátricas Anticipadas: <http://www.nrcpad.org/states/iowafaq> y del seminario web de SAMHSA: «Recovery to Practice - Psychiatric Advance Directives», Siebert y Verna, 2016.

Proceso de Apelación Individual

Los usuarios tienen derecho a expresar sus inquietudes, presentar quejas o reclamos y apelar las decisiones relativas a su atención o servicios sin temor a represalias, discriminación, coacción, interferencia u otras acciones adversas. Esta protección también se aplica a las personas que participen en una apelación en nombre del usuario.

Plains revisará las inquietudes de manera oportuna y respetuosa, realizará esfuerzos razonables para resolver las quejas y abordará los problemas en el nivel adecuado más bajo posible. Si la inquietud no se resuelve, el usuario podrá seguir el proceso formal de apelación que se detalla a continuación.

El proceso de apelación es el siguiente:

- Cuando una persona presente verbalmente una queja o apelación ante un empleado:
 - El empleado sugerirá que hable primero directamente con el personal involucrado para resolver el asunto.
 - Si la persona no se siente cómoda dirigiéndose directamente a dicho personal, se le indicará que hable con el supervisor del empleado o con el Vicepresidente del Departamento.
- Si la persona no está satisfecha con los resultados del paso anterior, o desea continuar con el trámite, se le entregará un Formulario de Apelación Individual.
 - Si necesita ayuda para completar el formulario, el Director Ejecutivo (CEO) o la persona que este designe le prestará asistencia.
 - El Director Ejecutivo (o su designado) anotará toda la información pertinente o permitirá que el usuario redacte sus inquietudes.
- En un plazo de 10 días, el Director Ejecutivo (o su designado) investigará la queja y responderá por escrito al interesado.
- Si no está satisfecho/a con las recomendaciones, se le informará que puede enviar una queja o solicitud por escrito al Comité Ejecutivo de la Junta Directiva.
 - El Comité Ejecutivo revisará la queja, verificará que se haya seguido el proceso de apelación y formulará sus recomendaciones a la Junta Directiva en la siguiente reunión ordinaria para su decisión final.
 - El Presidente de la Junta Directiva redactará una respuesta que será entregada al interesado en un plazo de 45 días a partir de la recepción de la queja o apelación por escrito.
 - La decisión de la Junta Directiva será definitiva.
- Si considera que se han violado sus derechos civiles, también puede optar por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles a través del siguiente enlace:
 - <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Plains Area Mental Health

Consentimiento para el Tratamiento y Pago de Servicios

Tarifas, Asistencia Financiera y Seguro: Entiendo y acepto que se me facturará la tarifa completa vigente por los servicios recibidos en Plains Area Mental Health. Si tengo seguro, se facturará la tarifa completa a mi compañía aseguradora. La Junta Directiva ha aprobado una escala móvil de tarifas basada en mis ingresos brutos. Si solicito asistencia financiera a través de la reducción de tarifa o el programa SafetyNet, se me cobrará el 100 % de la tarifa completa hasta que la solicitud sea aprobada o denegada. Se requiere el pago al momento de la prestación del servicio. Entiendo que las cuentas no saldadas tras 90 días pueden enviarse a cobranzas si no existe un acuerdo de pago alternativo.

Entiendo que, si los servicios son financiados por terceros, estos pueden estar sujetos a auditorías por parte de representantes autorizados de dichos pagadores con fines de verificación. Autorizo el pago de los beneficios de salud que de otra manera se me pagarían a mí, directamente a Plains Area Mental Health, y doy mi consentimiento para que se revisen los servicios prestados con dichos fines. Plains Area Mental Health se ha comprometido a facturar a terceros pagadores, como las aseguradoras, una vez que se le proporcione información de facturación actualizada y precisa. Esta firma registrada es válida para todos los terceros pagadores, como las aseguradoras, involucrados en el cobro de los montos correspondientes a los servicios prestados. Acepto proporcionar a Plains Area Mental Health información precisa y actualizada sobre mi seguro. También entiendo que Plains Area Mental Health no puede garantizar el pago por parte de terceros (aseguradoras).

Calidad del Servicio: Los miembros de la junta directiva de Plains Area Mental Health y el Estado de Iowa han establecido estándares de calidad para los servicios prestados. Es su intención que el personal sea profesional, competente y capacitado. Puesto que el tratamiento es un esfuerzo conjunto entre el usuario y el profesional, trabajaré con mi proveedor para resolver mis dificultades. Si considero que no se me brinda la atención adecuada, hablaré primero con el personal involucrado. Si no me siento capaz de discutir el asunto con el empleado, tengo derecho a contactar a su supervisor o al Director de Cumplimiento, quien investigará el caso exhaustivamente.

Servicios de Crisis: Brindan una evaluación enfocada y la estabilización rápida de síntomas agudos de enfermedades mentales o angustia emocional, y están disponibles las 24 horas llamando al 1-888-546-0730. Asimismo, la Línea de Prevención del Suicidio y Crisis 988 está disponible 24/7 para personas que enfrentan dificultades de salud mental, angustia emocional, problemas por consumo de alcohol o drogas, o que solo necesitan hablar con alguien (pudiendo ser anónimo si se desea).

Autorización para la Prestación de Servicios de Salud Conductual

Entiendo que al firmar a continuación otorgo mi consentimiento para que Plains Area Mental Health preste servicios de diagnóstico, tratamiento o ambos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Entiendo que**, al igual que en los servicios médicos generales, no se puede ofrecer ninguna garantía de que se resolverán los problemas por los cuales solicito atención. Puesto que el tratamiento de salud mental es un esfuerzo cooperativo entre el profesional y mi persona, colaboraré de manera activa para resolver mis dificultades.
- **Entiendo que** durante el tratamiento se pueden abordar temas perturbadores por naturaleza, lo cual puede ser necesario para resolver mis inquietudes.
- **Entiendo que** la confidencialidad de los expedientes sobre mi persona se mantendrá o divulgará de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables, tal como se describe en el Aviso de Privacidad suministrado.
- **Entiendo que** mi proveedor puede divulgar todos los registros relativos a mi tratamiento si resulta necesario para el procesamiento de reclamos, gestión de la atención, coordinación del tratamiento, garantía de calidad o auditoría de uso de la instalación, según lo especificado en el Aviso de Privacidad.

- **Entiendo que** tengo derecho a inspeccionar los expedientes de salud mental sobre mi tratamiento bajo la supervisión de mi proveedor o de la administración de Plains. Tengo derecho a obtener una copia impresa y una versión electrónica de mis registros médicos.
- **Entiendo que** las leyes estatales y locales exigen que mi proveedor denuncie cualquier situación en la que exista un peligro para sí mismo o para terceros, lo cual puede incluir la notificación a los organismos policiales correspondientes.
- **Entiendo que** pueden existir otras circunstancias en las que la ley exija a mi proveedor divulgar información confidencial, tal como se detalla en el Aviso de Privacidad.
- **Entiendo que** mis expedientes se conservarán durante un periodo de diez (10) años desde la última fecha de servicio en Plains. En el caso de menores de edad, los registros se mantendrán hasta que el usuario cumpla 25 años o transcurran diez (10) años desde la última atención, lo que sea más largo.
- **Entiendo que**, si elijo recibir servicios a través de telesalud, puedo estar sujeto a ciertos riesgos, entre los que se incluyen, entre otros, dificultades técnicas, interrupciones y un posible acceso no autorizado. Reconozco que tanto yo como mi profesional de la salud tenemos el derecho de dar por terminada una sesión si la conexión de videoconferencia es inadecuada. Soy consciente de que las mismas leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información de salud se aplican a los servicios de telesalud, y que ni yo ni el proveedor podemos grabar las sesiones sin consentimiento por escrito. Entiendo que soy responsable de proteger mi propia privacidad (por ejemplo, utilizando un dispositivo seguro en un espacio privado) y que la telesalud podría no ser adecuada para todas las afecciones. Mi proveedor me informará si se recomienda la atención presencial. Tengo derecho a rechazar o darme de baja de los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte mi acceso a atención, servicios o beneficios del programa en el futuro.
- **Entiendo que** el envío de correos electrónicos y mensajes de texto presenta vulnerabilidades de seguridad. Plains limitará su uso a recordatorios de citas o al envío de material educativo de apoyo. Estos medios no deben utilizarse en situaciones de emergencia o crisis de salud mental; en esos casos debe llamarse inmediatamente al 1-888-546-0730 o al 988 (disponibles 24/7). Las comunicaciones electrónicas se tratarán con el mismo nivel de confidencialidad que los registros impresos. Puedo solicitar la desactivación del servicio de mensajería o cancelar la recepción de notificaciones comunicándolo directamente a Plains.
- **Entiendo que** Plains puede emplear tecnologías seguras compatibles con la normativa HIPAA (incluyendo herramientas de inteligencia artificial) para agilizar el registro de documentación y la gestión de la atención. La inteligencia artificial no tomará en ningún caso decisiones clínicas sobre mi tratamiento.
- **Entiendo que** está prohibido el uso de dispositivos de grabación (de audio o video) en todas las sedes de Plains, lo que incluye la grabación de consultas o llamadas telefónicas.
- **Entiendo que** no se permite el ingreso con ningún tipo de arma a las instalaciones, independientemente de si se cuenta con porte legal.
- **Entiendo que** está prohibido ingresar con drogas ilícitas o bebidas alcohólicas a cualquier sede de Plains.
- **Entiendo que**, si recibo tratamiento por consumo de sustancias o abordaje patológico dual, se me entregará información complementaria sobre los niveles de atención, horarios, protocolos sobre el VIH y tratamientos asistidos por medicamentos (MAT).
- **Entiendo que** el proveedor podrá solicitar exámenes de detección de sustancias en orina para monitorear el cumplimiento de los medicamentos recetados y descartar el consumo de otras sustancias. Si se me prescriben sustancias controladas o medicamentos de la Lista II, deberé firmar un acuerdo específico de responsabilidades con el médico.
- **Entiendo que** hay asistencia disponible si tengo dificultades de lectura o comprensión de este documento, y que puedo hacer preguntas en cualquier momento. Ante cualquier duda sobre privacidad, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de Plains Area Mental Health Center.

Al firmar a continuación, confirmo que he completado el proceso de registro y comprendo que el tratamiento iniciará formalmente al reunirme con mi profesional asignado. *Firma electrónica obtenida*

Aviso de Prácticas de Privacidad



Este aviso explica cómo se utiliza y divulga su Información de Salud Protegida (PHI), incluyendo los registros de tratamientos por uso de sustancias (SUD), así como sus derechos conforme a las leyes federales, en especial HIPAA y la norma 42 CFR Parte 2.

La Información de Salud Protegida (PHI) comprende cualquier dato que:

- Permita identificarle directamente, y
- Se relacione con su salud física/mental (pasada, presente o futura), atención recibida o pago de los servicios.

Nuestras Responsabilidades: La legislación federal y estatal impone a nuestra institución las siguientes obligaciones en materia de protección de datos.

Específicamente, estamos obligados a:

- Entregarle este Aviso de Prácticas de Privacidad sobre nuestras obligaciones legales y procedimientos de gestión de información.
- Proteger la confidencialidad de su información de salud conforme a los estándares de HIPAA, 42 CFR Parte 2 y demás leyes aplicables.
- Cumplir estrictamente con los términos establecidos en este aviso.
- Notificarle en caso de no poder aceptar una restricción que usted nos haya solicitado.
- Informarle oportunamente si ocurre algún incidente de seguridad que comprometa la privacidad o confidencialidad de sus datos.
- Atender sus solicitudes para comunicarle información médica a través de medios o en direcciones alternativa

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, y de hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si modificamos nuestras prácticas de privacidad, publicaremos el aviso revisado en nuestras áreas de recepción y estará disponible previa solicitud. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización escrita, excepto según se describe en este aviso.

Sus Derechos: Las normas federales y estatales le otorgan los siguientes derechos sobre su Información de Salud Protegida.

Específicamente, tiene derecho a:

- Solicitar y obtener una copia en papel de este aviso.
- Solicitar que las comunicaciones de su información de salud se realicen por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- Solicitar inspeccionar y obtener una copia de su expediente de salud; no obstante, si existen motivos para denegar el acceso tras la revisión por parte de su proveedor de servicios, se le proporcionará una explicación sobre la decisión de denegar dicho acceso. Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información; sin embargo, Plains Area Mental Health, Inc. no está obligada a aceptar una restricción solicitada.
- Solicitar una enmienda de su información de salud protegida. Solo podemos enmendar la información que haya sido elaborada por un empleado de Plains Area Mental Health, Inc., y la solicitud puede ser denegada en ciertos casos. Una solicitud de enmienda puede realizarse solicitando y completando un formulario proporcionado por Plains Area Mental Health, Inc.

- Obtener un registro contable de ciertas divulgaciones realizadas por nosotros de su información protegida desde el 14 de abril de 2003. Se puede solicitar un registro contable completando un formulario proporcionado por Plains Area Mental Health, Inc. Recibir una Notificación de Vulneración de Seguridad; se le notificará si ocurre una vulneración que involucre su Información de Salud Protegida (PHI), incluidos los registros de trastornos por consumo de sustancias.
- Revocar su autorización para utilizar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que: 1) Ya se hayan tomado medidas, o 2) La autorización se haya obtenido como condición para obtener cobertura de seguro médico.

Cómo se puede utilizar y divulgar su Información Protegida: Podemos utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica según lo permita la ley. Ciertas divulgaciones, en particular las que involucren registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD), requieren su consentimiento por escrito (ley federal 42 CFR Parte 2), a menos que la ley disponga lo contrario. La información divulgada a entidades cubiertas o asociados comerciales para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica podrá volver a divulgarse de conformidad con las regulaciones de HIPAA, excepto en procedimientos civiles, penales o legislativos.

La ley y las regulaciones federales no protegen la información sobre:

- Un delito cometido por usted, ya sea en las instalaciones de Plains Area Mental Health o contra cualquier empleado de Plains Area Mental Health, o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito.
- Cualquier información relativa a sospechas de abuso o negligencia infantil antes de ser reportada conforme a la ley estatal.

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica:

Limitamos los usos y divulgaciones de su información al mínimo necesario para cumplir con el propósito previsto cuando la ley así lo exija.

Fines de tratamiento: Podemos utilizar y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI) para brindar, coordinar o gestionar su atención. Esto puede incluir la comunicación con médicos, terapeutas, farmacias, administradores de casos y otros proveedores involucrados en su atención. Ejemplo: Podemos proporcionar a su médico de cabecera una lista de los medicamentos que le hayan sido recetados por el psiquiatra de Plains Area Mental Health, Inc. para que su médico pueda tratar de la mejor manera sus problemas médicos.

Pago y operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar su PHI para facturar y recibir el pago por los servicios prestados. Esto incluye compartir información con compañías de seguros, Medicaid y servicios de facturación. En el caso de los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD), las divulgaciones para pago y operaciones pueden realizarse con su consentimiento por escrito para TPO. Podemos utilizar y divulgar su PHI para operaciones tales como:

- Mejora de la calidad
- Capacitación del personal
- Licenciamiento y acreditación

Gestión de cobranza: Información necesaria para cobrar el pago de una cuenta pendiente. Usted recibirá una notificación especial antes de que divulguemos información a agencias de cobranza.

Socios comerciales y organizaciones de servicios cualificados: Existen ciertos servicios en nuestra organización que se prestan mediante contratos con socios comerciales u organizaciones de servicios cualificados. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial u organización de servicios cualificados para que puedan realizar el trabajo que les hemos encomendado y facturarle a usted o a su pagador tercero por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial u organización de servicios cualificados resguarde su información de manera adecuada.

Otros usos y divulgaciones:

También podemos divulgar su información cuando así lo exija o lo permita la ley, lo que incluye:

- Urgencias médicas
- Notificación para la salud y seguridad pública
- Notificación de abuso o negligencia
- Órdenes judiciales o procedimientos legales
- Fines policiales o de cumplimiento de la ley
- Indemnización laboral y programas gubernamentales

Emergencias: La información relativa a la salud mental y a los trastornos por consumo de sustancias podrá divulgarse en cualquier momento a otro centro, médico o profesional de la salud mental en casos de una emergencia médica.

Investigación y supervisión de la salud: Aunque Plains Area Mental Health, Inc. no realiza actividades de investigación de manera habitual, se pueden permitir proyectos de investigación. La información de salud mental se puede divulgar para la realización de investigaciones científicas y análisis de datos, auditorías de gestión o evaluaciones de programas de Plains Area Mental Health Center. En la mayoría de los casos, eliminaremos cualquier información que pueda identificarlo; asimismo, las personas que lleven a cabo las auditorías y evaluaciones están obligadas a mantener la confidencialidad de su Información Protegida.

Salud pública: Según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Indemnización laboral: Podemos divulgar información de salud en la medida autorizada por las leyes relativas a la indemnización laboral u otros programas similares establecidos por la ley, y en la medida necesaria para cumplir con ellas.

Custodia de los hijos: A menos que el tribunal ordene lo contrario en el decreto de custodia o en otra orden judicial, ambos padres tendrán acceso legal a la información relativa al menor, que incluye, entre otros, los registros médicos, educativos y de cumplimiento de la ley.

Miembros de la familia: Podemos divulgar su información de salud a miembros de la familia y a las personas que usted haya autorizado. A menos que usted se oponga, podemos divulgar información de salud a los miembros de la familia o representantes legales que estén involucrados en su atención o en el pago de su atención. Si usted no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, nuestros profesionales de la salud, según su buen juicio, podrán divulgar información si se determina que es en su mejor interés, según lo permitan las leyes de confidencialidad. La información sobre trastornos por consumo de sustancias no se divulgará a los miembros de la familia sin su consentimiento, a menos que lo permita la ley de confidencialidad (HIPAA y 42 CFR Parte 2).

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar información de salud para fines policiales o de cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. La ley federal contempla la divulgación de su información de salud a una agencia adecuada de supervisión de la salud, autoridad de salud pública u abogado, siempre que un miembro del personal o socio comercial considere de buena fe que hemos incurrido en una conducta ilegal o violado de algún modo las normas profesionales o clínicas, poniendo potencialmente en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público en general.

Procedimientos judiciales: Los registros, o el testimonio que transmita el contenido de dichos registros, no se utilizarán ni divulgarán en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en su contra, a menos que se fundamente en su consentimiento por escrito específico o en una orden judicial. Los registros solo se utilizarán o divulgarán sobre la base de una orden judicial después de que se le proporcione a usted (el cliente) y/o al titular del registro una notificación y una oportunidad de audiencia, cuando así lo exijan la sección 290dd-2 del título 42 del Código de los Estados Unidos (42 USC §290dd-2) y la Parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2). Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación u otro mandato legal similar que compela la divulgación antes de que el registro sea utilizado o divulgado. Si se le ordenó someterse a tratamiento a través del sistema de justicia penal (incluidos tribunales de drogas, libertad condicional o libertad bajo palabra) y usted firma un consentimiento que autorice divulgaciones a componentes del sistema de justicia penal, tales como el tribunal, oficiales de libertad condicional, oficiales de libertad bajo palabra, fiscales u otros agentes del orden público, su derecho a revocar el consentimiento puede ser más limitado y deberá explicarse claramente en el consentimiento que firme.

CCBHC: Plains Area Mental Health forma parte del proyecto de Clínicas Comunitarias de Salud Conductual Certificadas (CCBHC, por sus siglas en inglés), financiado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). Este es un modelo que proporciona una serie de servicios integrados para mejorar el acceso a un tratamiento de salud mental y abuso de sustancias de calidad. La información desprovista de datos de identificación referente al uso que usted haga de los servicios podrá ser informada a supervisores federales para evaluar y mejorar los resultados de la salud conductual comunitaria, protegida bajo las normas federales estándar de privacidad. Su participación en este programa especializado es completamente voluntaria. Usted puede revocar su participación por escrito en cualquier momento. La decisión de no participar o de retirarse posteriormente no afectará su derecho a recibir la atención estándar en este centro.

Para obtener más información o ponerse en contacto con nosotros: Para obtener más información o recibir una copia de este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad. Puede presentar una queja sobre violaciones de sus derechos de privacidad, incluidas las protecciones relacionadas con la confidencialidad de los SUD en virtud de la Parte 2 del título 42 del CFR, ante el Oficial de Privacidad de Plains Area Mental Health, Inc. o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No se le sancionará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Contacto:

Oficial de Privacidad

PO Box 70 o 712-546-4624 Le Mars, IA 51031

Fecha de entrada en vigor: 16/09/2026

Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de revisar este Aviso en cualquier momento. Puede solicitar una copia actualizada de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.