

PLAINS AREA MENTAL HEALTH, INC.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS

Solicito que Plains Area Mental Health, Inc. (en lo sucesivo, Plains Area) proporcione servicios de diagnóstico, tratamiento u otros servicios a: _____

Nombre del consumidor

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

La siguiente es una breve explicación de cada servicio proporcionado por Plains Area:

- **La psicoterapia** es un servicio que ayuda a personas de todas las edades que están experimentando problemas como depresión, ansiedad/miedo, dificultad en el trabajo/escuela, conflictos maritales o familiares, cambios de humor, irritabilidad, ira/agresividad, dificultad en las relaciones sociales/con los compañeros, estrés, o niños en riesgo. Después de una evaluación inicial, el proveedor y usted (y el padre/tutor en el caso de un menor de edad) desarrollan un plan de tratamiento en conjunto. La frecuencia y duración del tratamiento varían y dependerán de sus necesidades individuales. La psicoterapia es proporcionada por profesionales de la salud mental a nivel de maestría. Las sesiones de inducción **durarán de 45 a 60 minutos**, mientras que las sesiones de terapia en curso durarán de **20 a 60 minutos**, según sea necesario.
- **La psicoterapia para trastornos por uso de sustancias** es un servicio con licencia del IDPH que se incorpora a la psicoterapia para personas que están experimentando problemas relacionados con el alcohol, medicamentos recetados y otras sustancias ilegales. Los psicoterapeutas que brindan este servicio concurrente están capacitados y acreditados en esta área de especialidad. Los niveles de atención brindados para clientes adultos y adolescentes incluyen servicios de Nivel I y Nivel II.
- **La evaluación psiquiátrica** es un servicio proporcionado por psiquiatras (MD o DO), asistentes de médicos psiquiátricos o enfermeras practicantes para determinar el diagnóstico y/o determinar los beneficios de la terapia con medicamentos. Las citas **durarán entre 30 y 60 minutos**, según sea necesario.
- **La administración de medicamentos** es proporcionada por psiquiatras (MD o DO), asistentes de médicos psiquiátricos o enfermeras practicantes y enfermeras para recetar y monitorear la terapia con medicamentos psicotrópicos (salud mental), incluidos los efectos secundarios o reacciones adversas, los beneficios y las interacciones que pueden ocurrir por el uso de otros medicamentos, sustancias y condiciones médicas. Las citas **durarán de 10 a 45 minutos**, según sea necesario.
- **La telesalud** es un método de prestación de servicios de salud conductual mediante telecomunicaciones interactivas. Se proporciona mediante una combinación de audio y video interactivos en vivo donde el cliente y el profesional de salud mental no se encuentran en el mismo lugar. La telesalud brinda acceso y conveniencia a los clientes que, de otro modo, necesitarían viajar una distancia mayor para acceder a los servicios de salud conductual.
- **Los servicios de emergencia** se brindan las 24 horas del día, los siete días de la semana. Las emergencias sin cita previa se manejan durante el horario comercial abierto. Las emergencias fuera de horario son manejadas por el sistema de guardia de Plains Area. **Se deben seguir los siguientes procedimientos para acceder a los Servicios de Emergencia:** Llame a cualquier oficina de Plains Area durante el horario de oficina o al número fuera del horario de atención (1-888-546-0730) cuando las oficinas estén cerradas. La línea de guardia cuenta con profesionales de la salud mental. En caso de que no puedan responder a su llamada de inmediato, deje un mensaje y le devolverán la llamada. Si no recibe una devolución de llamada y se trata de una emergencia potencialmente mortal, debe llamar al 911.
- **Los Servicios de Pruebas Psicológicas** brindan una evaluación del rendimiento intelectual, las habilidades, la personalidad y el estado mental de las personas para ayudar en su tratamiento y planificación de servicios. Las pruebas psicológicas se pueden utilizar para ayudar a determinar el estado de discapacidad, las habilidades vocacionales, la aptitud para el trabajo y los procedimientos quirúrgicos, así como el funcionamiento general. Generalmente es un servicio breve de 1 a 3 visitas de diferente duración.
- **El Programa de Servicios de Alcance** brinda asistencia a los adultos que tienen una enfermedad mental grave para maximizar su potencial y vivir de la manera más independiente posible. Este programa brinda asistencia y apoyo para la integración comunitaria, prevención y planificación de crisis, desarrollo de habilidades sociales, desarrollo de habilidades de adaptación, vinculación con otros apoyos y recursos, manejo de síntomas, educación y apoyo familiar, construcción de apoyos naturales, oportunidades recreativas durante la noche y los fines de semana. Incluye servicio de apoyo comunitario, servicios de habilitación diurna y en el hogar, servicio de vida comunitaria con apoyo y centros de acogida.
- **Se brinda asesoramiento y educación** a personas y profesionales de toda la región con respecto a las necesidades de salud mental de sus familias, empleados, pacientes, estudiantes y clientes. Las presentaciones educativas están disponibles para organizaciones comunitarias, escuelas, empresas y el público en general a pedido.
- **Los servicios de salud integrados** son un beneficio adicional para que las personas elegibles para Medicaid reciban atención integral coordinada a través de un equipo de profesionales que incluye una enfermera registrada, un coordinador de atención, un especialista en apoyo familiar o de pares. El equipo trabajará con usted, su médico de atención primaria, sus proveedores de salud mental y otras personas que puedan brindarle atención para garantizar la coordinación y la comunicación. El equipo lo ayudará a acceder a otros servicios que pueda necesitar.
- Los **Servicios residenciales de crisis** proporcionan servicios de estabilización de crisis a corto plazo a personas que tienen 18 años de edad o más, cumplen con los criterios de crisis de salud mental y no necesitan tratamiento de salud mental para pacientes hospitalizados. Cada individuo será referido para residencia en crisis, que incluye, entre otros: MCAT, personal de la sala de emergencias, fuerzas del orden público, proveedores psiquiátricos, trabajadores de salud en el hogar y médicos de atención primaria. Las remisiones no necesitan una autorización médica para ser admitidas.
- **El Equipo Móvil de Evaluación de Crisis** brinda servicios de estabilización de crisis a corto plazo en la escena a una persona de cualquier edad. Se proporciona una evaluación de crisis al individuo para sugerir el nivel de atención. Se brindan servicios para ayudar a estabilizar y mantener la seguridad en su entorno. Las fuerzas del orden, los hospitales, las escuelas y las clínicas proporcionarán referencias al equipo de MCAT.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que, como en el caso de los servicios médicos, no se puede garantizar que se resolverán las inquietudes o problemas para los que estoy buscando servicios. Debido a que el tratamiento de salud mental es un esfuerzo de cooperación entre mi proveedor y yo, trabajaré con mi proveedor de manera cooperativa para resolver mis dificultades.

Entiendo que, durante el curso de mi tratamiento, se puede discutir material que será perturbador por naturaleza y que esto puede ser necesario para ayudarme a resolver mis inquietudes.

Entiendo que la confidencialidad de los registros de la información recopilada sobre mí se mantendrá o divulgará de acuerdo con las leyes estatales y federales con respecto a la confidencialidad de dichos registros e información, como se describe en el Aviso de Privacidad que se me proporcionó.

Entiendo que mi proveedor puede divulgar todos y cada uno de los registros relacionados con mi tratamiento si es necesario para el procesamiento de reclamaciones, la gestión de la atención, la coordinación del tratamiento, la garantía de calidad o la utilización de esta instalación y en la medida necesaria para facilitar la prestación de servicios administrativos y profesionales.

Entiendo que tengo derecho a inspeccionar los registros de salud mental relacionados con mi tratamiento bajo la supervisión de mi proveedor o la administración en Plains Area. Tengo derecho a una copia de mi expediente y una copia electrónica de mis expedientes médicos electrónicos.

Entiendo que las leyes estatales y locales requieren que mi proveedor informe todos los casos en los que exista un peligro para sí mismo o para los demás.

Entiendo que puede haber otras circunstancias en las que la ley requiera que mi proveedor revele información confidencial y esto se describe en el Aviso de Privacidad que se me proporcionó.

Entiendo que mis registros se mantendrán durante un período de siete años después de la última fecha de servicio con Plains Area (un breve servicio o resumen de admisión y alta y este formulario de consentimiento se mantendrá perpetuamente). En el caso de los menores de edad, los registros se mantendrán hasta la edad de 25 o siete años después de la última fecha de servicio, la que sea más larga.

Entiendo que, si elijo recibir servicios mediante telemedicina, existen riesgos potenciales que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Además, entiendo que tengo el derecho y el médico tiene el derecho de finalizar la sesión en cualquier momento si considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para realizar el servicio. También entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la información médica obtenida en el uso de telemedicina. Entiendo que puedo optar por retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en cualquier momento y optar por otros métodos de tratamiento.

Entiendo que la comunicación por correo electrónico, mensajes de texto y otra tecnología puede no ser completamente segura. Además, entiendo que los profesionales de Plains Area no participarán en servicios terapéuticos o de emergencia/ crisis utilizando correo electrónico o mensajes de texto. Si tengo una emergencia o crisis de salud mental, entiendo que debo llamar a la Oficina del Área de Plains donde me atienden o si fuera del horario de atención, llamaré al número de emergencia de guardia indicado anteriormente. Plains Area puede participar en el uso limitado de correo electrónico o mensajes de texto para incluir, entre otros, recordatorios de citas o para comunicar recursos adicionales o material educativo. Puedo optar por no recibir comunicaciones por correo electrónico y/o mensajes de texto poniéndome en contacto con Plains Area.

Entiendo que, si se lo recomienda a los servicios para trastornos por uso de sustancias o coexistencia, se me proporcionará más información sobre los niveles de atención, el horario de atención, información sobre el VIH e información sobre el tratamiento asistido con medicamentos.

Entiendo que mi proveedor puede solicitar un análisis de orina con el propósito de confirmar el medicamento recetado junto con pruebas de sustancias distintas de las recetadas. Si estoy tomando sustancias controladas o medicación II programada, debo firmar un contrato de reconocimiento y responsabilidades con mi proveedor.

DERECHOS DEL CONSUMIDOR

He leído y me han explicado los derechos básicos de las personas que se someten a tratamiento en Plains Area. Estos derechos incluyen:

1. Todos los consumidores recibirán la misma calidad de atención sin distinción de raza, color, credo, sexo, edad, orientación sexual, condición social o económica, creencias políticas o tipo de problema. Se toman en consideración las barreras del idioma, las diferencias culturales y los déficits cognitivos y se toman medidas para facilitar la participación significativa del consumidor en los servicios.
2. Las personas con enfermedades mentales, retraso mental y otras discapacidades del desarrollo tienen los mismos derechos fundamentales que todas las personas. Los derechos pueden limitarse solo con el consentimiento informado del consumidor, el tutor del consumidor o las autoridades legales dentro de las siguientes pautas: el límite se basa en una necesidad individual identificada; se cuenta con capacitación en habilidades para satisfacer la necesidad identificada; Se lleva a cabo una evaluación periódica del límite para determinar la necesidad continua de la limitación.
3. Las personas que necesiten cualquier servicio proporcionado por Plains Area tienen derecho a que se les proporcione ese servicio con la menor demora posible.
4. Solo se requerirá de un individuo o familia la información esencial para una entrega ordenada y productiva del servicio como condición para el servicio.

5. Se requerirá que los consumidores participen solo en los procedimientos que son esenciales para la prestación de atención acorde con sus necesidades. Se informará a los consumidores de los costes de los servicios que se les ofrezcan.
6. Los consumidores deben recibir descripciones de los peligros predominantes, que pueden existir en cualquier procedimiento de tratamiento inusual. Plains Area no realizará ninguna investigación sin el consentimiento informado por escrito del consumidor.
7. Las identidades de los consumidores estarán protegidas a menos que la información deba comunicarse de manera apropiada como se describe en el Aviso de Privacidad que se me proporcionó.
8. Las personas admitidas en atención ambulatoria voluntaria, de evaluación o de emergencia no serán inscritas, mediante ninguna acción de rutina o administrativa, en ningún nivel de atención mayor sin una explicación completa o la oportunidad de participar en tales decisiones.
9. Los consumidores tendrán derecho a rechazar cualquier servicio o método de tratamiento.
10. Los consumidores tendrán derecho a ser tratados sin pérdida de dignidad, individualidad, privacidad o respeto. Se dirigirá a los consumidores de una manera adecuada a su edad cronológica.
11. Los consumidores tendrán la oportunidad de participar en la formulación del plan de tratamiento y los servicios que les brinda Plains Area.
12. Los consumidores tienen derecho a tener sus Voluntades Psiquiátricas Anticipadas y la expectativa razonable de que Plains Area seguirá las Voluntades Anticipadas siempre que sea posible. Los consumidores deben informar a Plains Area de estas Voluntades con antelación.
13. Los consumidores tendrán derecho a recibir una explicación comprensible de su diagnóstico y los servicios prestados, incluidos los procedimientos involucrados y los resultados esperados y la duración de esos procedimientos y servicios.
14. Los consumidores tienen derecho a apelar las acciones o decisiones de Plains Area relacionadas con decisiones tomadas con respecto a su atención y servicios. Se debe seguir el Procedimiento de Apelación/Queja, como se describe en la sección Apelación/Queja en la parte de abajo.
15. Los consumidores tienen derecho a una copia del plan de tratamiento actual. A cada cliente se le ofrecerá una copia de su plan de tratamiento.

RESPONSABILIDADES DEL CONSUMIDOR

Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico de cabecera sobre cualquier medicamento recetado en el curso de mi tratamiento en Plains Area.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a Plains Area sobre cualquier medicamento que esté tomando actualmente, problemas o enfermedades médicos/de salud presentes y pasados, y cualquier cambio inusual en mi estado de salud.

Entiendo que es mi responsabilidad asistir a mis citas y avisar con al menos 24 horas de anticipación si no puedo asistir a mi cita. Además, entiendo que, si tengo dos ausencias, puedo estar sujeto a una programación para el mismo día y no se me permitirá programar citas con anticipación. Entiendo que exceder las dos ausencias y no contactar a la agencia, seré dado de alta dentro de los 14 días posteriores a mi última ausencia. Entiendo que, si no puedo cumplir con mis responsabilidades por los servicios, puede resultar en el alta de los servicios.

Entiendo que es mi responsabilidad ser honesto y proporcionar información precisa y completa sobre mí.

Entiendo que es mi responsabilidad comprender mis problemas y los servicios que se brindan. Si no entiendo mis problemas y los servicios que se brindan, lo discutiré con mi proveedor. Entiendo que el éxito del servicio requiere mi total cooperación.

Entiendo que es mi responsabilidad seguir mi plan de tratamiento, según lo establecido por mí y mi proveedor de servicios, e informar a mi proveedor de cualquier cambio en mi condición o circunstancias que puedan afectar mi plan de tratamiento.

Entiendo que soy responsable de los resultados de mis decisiones, incluidos los que pueden resultar cuando me niego a seguir el plan de tratamiento y/o las instrucciones para lograrlo.

Entiendo que es mi responsabilidad respetar los derechos, la privacidad y la propiedad del personal y otros consumidores con los que pueda entrar en contacto mientras recibo servicios en Plains Area.

Entiendo que es mi responsabilidad abstenerme de hacer demandas irrazonables sobre el tiempo y los servicios del personal de Plains Area.

Entiendo que es mi responsabilidad seguir el Procedimiento de solicitud de reabastecimiento de medicamentos o es posible que no se renueve/reabastezca la receta antes de que se acabe el medicamento.

Es mi responsabilidad comprender los beneficios de mi seguro y aceptar que las obligaciones financieras con Plains Area por los servicios prestados se resolverán rápidamente. Además, entiendo que el pago debe realizarse en el momento del servicio. Si no puedo cumplir con mis obligaciones financieras con Plains Area, puedo solicitar una consulta de tarifas.

TRATAMIENTO DE NIÑOS MENORES DE EDAD

Entiendo que ambos padres conservan el derecho legal de recibir información sobre su hijo a menos que Plains Area reciba una prueba legal de que existe una orden de no contacto o la terminación de los derechos de los padres. El padre que no tiene la custodia tiene derecho a saber que se está viendo a su hijo.

Entiendo que el personal clínico de Plains Area no participa en determinaciones de custodia ni da opiniones relacionadas con los arreglos de custodia o visitas.

Entiendo que Plains Area facturará cualquier monto adeudado después del pago de un tercero a la persona que firma este acuerdo. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar el pago de cualquier monto adeudado por el otro padre.

Entiendo que el personal clínico de Plains Area es informante obligatorio de abuso infantil y debe informar al Departamento de Servicios Humanos si sospecha abuso físico, sexual o emocional, negación de cuidados críticos o negligencia.

Entiendo que tengo la responsabilidad de participar en el tratamiento de mi hijo según lo recomendado por mi proveedor de servicios.

INFORMACIÓN SOBRE MEDICARE Y MEDICAID

Entiendo que Medicare o el seguro de Medicaid no reembolsarán tanto una terapia como un servicio psiquiátrico proporcionado el mismo día.

Entiendo que si tengo seguro de Medicaid no se me pueden cobrar gastos de mi bolsillo por ningún servicio en Plains Area.

INFORMACIÓN Y ACUERDOS SOBRE PAGO Y SEGURO

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

1. Es mi responsabilidad contactar o responder a mi compañía de seguros por cualquier restricción o requisito. Si no lo hago, seré responsable de la tarifa completa.
2. Tengo derecho a restringir la información divulgada a un plan de salud. La tarifa completa se cobrará a quienes tengan cobertura de seguro, pero opten por no presentar la solicitud. Seré responsable de pagar la tarifa completa en el momento del servicio.
3. Para divulgar la información necesaria para procesar reclamaciones a un tercero pagador. Esto puede incluir nombre, edad, sexo, dirección, número de seguro, número de consumidor, diagnóstico, fechas de servicio, duración del servicio, nombre del proveedor, tipo de tratamiento prestado y mi plan de tratamiento y notas de progreso, si elijo recibir los servicios. facturado a mi plan de salud.
4. Que, si tengo un seguro grupal a través de mi empleador, el departamento de beneficios de mi empleador puede recibir esta información.
5. Que a menudo se requiere un diagnóstico psiquiátrico para asegurar el reembolso de un tercero.
6. Que mis terceros pagadores reembolsarán a Plains Area directamente los servicios prestados y facturados.
7. Es mi responsabilidad completar el proceso de becas si solicito un descuento. Estoy de acuerdo en pagar el porcentaje establecido determinado por Plains Area Mental Health.
8. Ese pago y copago debe ser cancelado al momento en que se proporciona el servicio, a menos que se haya establecido un plan de pago.
9. Si, a juicio del personal de Plains Area, mi información de ingresos ha sido reportada de manera fraudulenta, o si mi cuenta se vuelve morosa, entiendo que el personal de Plains Area tiene el derecho de divulgar mi nombre y la información de mi cuenta a una agencia de cobranza privada. Además, entiendo que, si me entregan a cobros, se restablecerá y cobrará la tarifa completa de cada servicio.
10. Que, si no hago los pagos bajo los términos de este acuerdo, es posible que se requiera una conferencia de honorarios con el personal de Plains Area antes de que se brinden más servicios profesionales al consumidor mencionado anteriormente.
11. **Presentaré una tarjeta de seguro actual y notificaré al personal de Plains Area sobre cualquier cambio en mi seguro. Estoy al tanto de que se me cobrará la tarifa completa hasta que se proporcione la información actual.**
12. **Es mi responsabilidad notificar al titular de la tarjeta del seguro, si no soy yo, que se facturará a su seguro o al titular de la tarjeta del seguro por el pago de estos servicios.**
13. Que, si los servicios son respaldados por terceros pagadores, esos servicios pueden estar sujetos a auditoría por representantes autorizados de esos pagadores con el fin de verificar el hecho del servicio y doy mi consentimiento para las revisiones de los servicios prestados para tales fines. Además, entiendo que tales auditorías no implicarán compartir información que no sea la autorizada por las leyes estatales y federales como se describe en el Aviso de Privacidad que se me proporcionó en relación con la divulgación de información de salud mental.
14. Que, si un proveedor de servicios de Plains Area es citado u ordenado comparecer ante el tribunal por mi abogado o el tribunal en relación con la citación, se le cobrará la tarifa actual establecida por hora para todo el tiempo fuera de la oficina. A los proveedores no se les paga por su testimonio, pero se les compensa por el tiempo que pasan fuera de su práctica en Plains Area. Las tarifas de escala móvil no se aplican a estos cargos. Además, entiendo que se me cobrará una tarifa a mí o a mi abogado por copiar, enviar por correo o enviar por fax cualquier registro relacionado con una orden judicial o citación. Se cobrará una tarifa por cualquier informe/resumen/carta que se produzca en relación con una orden judicial o citación.
15. Se puede cobrar una tarifa por cualquier informe solicitado por actividades que no sean de tratamiento, incluidas, entre otras, la compensación del trabajador, la determinación de discapacidad y la aptitud para las determinaciones de servicio.

Arreglos financieros:

Para su comodidad, ofrecemos los siguientes métodos de pago. Marque cuál prefiere.

- Dinero en efectivo
- Cheque personal
- Tarjeta de crédito

Cualquier saldo pendiente se puede cargar a mi tarjeta de crédito. Visa MasterCard Discover American Express

Entiendo que se me solicitará la información de esta tarjeta en el momento en que me presente para recibir los servicios.

Firma:

Fecha:

INFORMACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con las leyes estatales y federales, cualquier información que proporcione a cualquier miembro del personal de Plains Area es información confidencial y privilegiada y no puede ser revelada a otros sin su consentimiento por escrito. Esto incluye cónyuge, familia, amigos, tribunales, abogados, empleadores y agentes del orden. Sin embargo, existen excepciones a la total confidencialidad. Las siguientes son excepciones generales a la total confidencialidad. Se le ha dado un Aviso de Privacidad que le notifica las reglas de confidencialidad específicas y cómo se puede divulgar su información.

1. Todos los proveedores de servicios de Plains Area son informadores obligatorios de abuso infantil y abuso de adultos dependientes, y se hará un informe al Departamento de Servicios Humanos (DHS) si se sospecha de tal abuso.
2. Si un proveedor de servicios de Plains Area cree que un consumidor está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otros, el proveedor de servicios de Plains Area actuará para evitar que ocurran daños. Esas acciones pueden incluir proporcionar información sobre el consumidor a otros.
3. El padre o tutor legal de un menor tiene derecho a recibir información sobre los servicios que se le brindan al menor, con la excepción de la información sobre abuso/uso de sustancias, en la mayoría de los casos. Las excepciones incluyen casos en los que la divulgación de información a un padre o tutor legal puede causar daño al menor y/o lo mejor para el menor es no divulgar información.
4. La información limitada sobre un consumidor al que se le diagnostica una enfermedad mental crónica se puede divulgar a un cónyuge, padre, hijo adulto o hermano adulto si la divulgación es necesaria para ayudar en el cuidado o tratamiento del consumidor, a menos que el consumidor restrinja específicamente la divulgación a un cónyuge o miembro de la familia.
5. Se harán informes periódicos al tribunal sobre el estado de los consumidores a los que se les ordenó recibir servicios en Plains Area.
6. Los miembros del personal de Plains Area deben proporcionar la información requerida por una orden judicial.
7. En ocasiones, los proveedores de Plains Area consultan con otros profesionales de la salud mental. Durante esas consultas, no se revela la identidad del consumidor, y esos consultores están legalmente obligados a mantener la confidencialidad con respecto a esas consultas.
8. Durante las encuestas o revisiones de acreditación, los representantes del DHS del estado de Iowa pueden verificar los registros de los consumidores para verificar el cumplimiento de las normas estatales. Esos revisores deben mantener la confidencialidad de toda la información del consumidor.
9. La confidencialidad de los registros e información de pacientes con trastornos por uso de sustancias está protegida por HIPAA y las regulaciones sobre la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2, que implementan las disposiciones legales federales, 42 USC 290dd-3 aplicable a los registros de pacientes por abuso de alcohol y 42 USC 290ee-3 aplicable a los registros de pacientes por abuso de drogas. La confidencialidad de los registros e información de los pacientes con problemas de juego está protegida por la HIPAA, el Capítulo 228 del Código de Iowa y la Sección 22.7 (35) del Código de Iowa.

PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN/QUEJA

Todos los consumidores que reciben servicios de Plains Area tienen derecho a expresar sus inquietudes sin temor a restricciones, interferencias, coacción, discriminación, represalias o represalias. Este principio también se aplica a cualquier persona que participe en una representación de apelación, ya sea como testigo o representante de los empleados. Todo consumidor que sienta que ha sido objeto de un trato injusto tendrá derecho a la apelación.

Será responsabilidad de las autoridades de Plains Area escuchar pronta y cortésmente todas las apelaciones registradas de buena fe por los consumidores de los servicios prestados por Plains Area, y aclarar malentendidos y hacer ajustes razonables a las quejas. Todos los problemas se resolverán siempre que sea posible al nivel más bajo. Si cree que el problema no se resuelve, puede seguir el proceso de apelación a continuación.

El **proceso de apelación** es el siguiente:

1. En el caso de un desacuerdo entre un consumidor y Plains Area, el consumidor primero debe intentar discutir el problema directamente con su proveedor de servicios.
2. En caso de que la disputa no pueda resolverse, el consumidor o proveedor de servicios puede presentar la naturaleza de la disputa ya sea verbalmente o por escrito al Director Ejecutivo de Plains Area dentro de los **cinco (5)** días hábiles posteriores a la discusión del consumidor con su proveedor de servicio.
3. El Director Ejecutivo, dentro de los **cinco (5)** días hábiles, notificará al proveedor de servicios y al consumidor que el Director Ejecutivo tiene conocimiento de la disputa.

4. La documentación se ingresará en el registro del consumidor. Cualquier correspondencia generada a partir de la disputa se archivará en el registro del consumidor y será una parte permanente del registro. El Director emitirá una decisión dentro de los **cinco (5)** días hábiles siguientes a la recepción inicial de la disputa.
5. En caso de que el Director no pueda resolver la disputa, el Director lo indicará en forma de memorando a ambas partes dentro del período de cinco días como se indicó anteriormente.
6. En caso de que el Director esté fuera de servicio, la queja se mantendrá hasta el regreso del Director.
7. La parte en duelo puede entonces optar por presentar la disputa al Presidente de la Junta Directiva.
8. Si el consumidor está presentando la queja, el consumidor debe firmar una divulgación de información que permita al personal clínico de Plains Area discutir el caso para que no se viole la confidencialidad y el miembro de la Junta pueda comprender el problema. Si el consumidor se niega a firmar, la decisión del Director Ejecutivo se considerará definitiva. El Presidente tiene **quince (15)** días hábiles para responder al denunciante con una decisión que deberá ser por escrito.
9. En el caso de que se firme el comunicado y el presidente de la Junta reciba la disputa, él o ella puede optar por resolver la decisión (como se indica arriba) o nombrar un subcomité de miembros de la Junta para revisar la disputa. Una reunión debe tener lugar en **quince (15)** días hábiles y las decisiones deben emitirse en **cinco (5)** días hábiles a partir de la fecha de la audiencia por escrito con una copia para el consumidor y para Plains Area.
10. Si la disputa la decide el Presidente de la Junta o un subcomité de la Junta, pero no es satisfactoria para ninguna de las partes, la Junta en pleno tomará una decisión sobre el asunto en una reunión programada regularmente en forma de voto mayoritario y la decisión se considerará definitiva en ese momento.
11. Los miembros de la Junta deben informar a cualquier consumidor sobre el procedimiento de quejas en caso de que un consumidor acceda directamente a la Junta, antes de seguir el procedimiento de quejas. El personal de Plains Area educará al consumidor sobre sus derechos en lo que respecta a la queja.
12. Si el miembro de la Junta desea discutir el caso con el personal de Plains Area, entonces, el miembro de la Junta (y el personal de Plains Area, según corresponda) deberá hacer que el consumidor firme un comunicado antes de que se lleve a cabo cualquier discusión entre el personal de Plains Area y un miembro de la Junta. Este último se incluye para proteger el derecho del consumidor a la confidencialidad. El propósito de incluir esta disposición es evitar una queja completa si es posible e intentar una resolución informal de cualquier queja o problema presentado por un consumidor de Plains Area.

He leído, revisado y recibido una copia de la información anterior. Entiendo y acepto cumplir con la información anterior para todos los servicios que recibo en Plains Area. Mi firma a continuación y mis iniciales en cada página dan fe de mi revisión, comprensión y aceptación de la información descrita en este Consentimiento para los Servicios.

Firma del consumidor, custodio: _____ Padre o Representante legal	Fecha: _____	_____ Firma del testigo
--	---------------------	-----------------------------------

