



HEALTH AND HUMAN SERVICES DEPARTMENT

Phone: (503) 434-7523 | Fax (503) 434-9846

TTY: (800) 735-2900 | <https://www.yamhillcounty.gov>

Adult Behavioral Health: 627 NE Evans Street | McMinnville, OR 97128

BIENVENIDO A LOS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL PARA ADULTOS

Reconocemos que la salud mental y el consumo de drogas y alcohol pueden afectar muchas áreas de su vida. Los Servicios humanos y médicos del condado de Yamhill (YCHHS) tienen como objetivo adoptar y crear esperanza.

Nuestro objetivo es ayudarlo a identificar sus fortalezas y necesidades. Luego, queremos encontrar maneras para tratar las preocupaciones que lo trajeron hasta acá. Nuestro principal objetivo será ayudarlo a recuperar su salud mental y el consumo de drogas o alcohol. También sabemos que esto tiene muchas causas. Como factores físicos, emocionales o sociales. Estos son problemas difíciles pero tratables. El objetivo de nuestros servicios es ser un modelo de atención integral. Tratamos varias de sus preocupaciones a la vez. Buscamos aumentar la coordinación de la atención y trabajar como parte de su equipo con atención primaria, atención de emergencia y otras agencias que participan en su atención.

Las personas responden al estrés y aprenden nuevas capacidades de afrontamiento de diferentes maneras. Ofrecemos una variedad de métodos de tratamiento. Que incluyen consejería individual y en grupo, educación, apoyo de sus compañeros, competencias para la vida, manejo de la atención médica, medicamentos, competencias de transición y planificación de la recuperación. El tratamiento se diseñó para darle oportunidades para tomar decisiones que apoyarán su recuperación.

Muchos de nuestros servicios son de corto plazo. Tienen la intención de tratar necesidades primarias. Una evaluación lo ayudará a identificar las necesidades, cómo tratarlas y la duración de los servicios. A veces el tratamiento dura más. O se agregan servicios. Trabajaremos juntos para concluir los servicios cuando las preocupaciones que lo trajeron acá causen menos problemas en su vida. Creemos en la recuperación. Creemos que lo podemos ayudar a manejar sus conductas o síntomas. Será importante que usted y sus proveedores trabajen en equipo para tratar mejor sus necesidades en el número de sesiones planificadas.

CÓMO EMPEZAR:

Tenemos un proceso de acceso abierto. Nuestro objetivo es que usted pueda llegar sin cita y que reciba los servicios el mismo día. El acceso para la atención sin cita es de 8:00 a. m. a 3:00 p. m., de lunes a viernes. Primero, completará la documentación de orientación. Luego se hará una evaluación. El proceso durará aproximadamente dos horas. Lo animamos a regresar al día siguiente si no hay más espacios disponibles para atención sin cita. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina principal al **503-434-7462** de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m. Estaremos encantados de poder ayudarlo.

Estamos dentro de la red de OHP/YCCO, Providence y United/Optum Insurance. Si tiene otro seguro o no tiene seguro, pregúntenos.

Para obtener servicios en nuestro centro de Newberg, llámelos directamente al **503-538-8970**.

Lo más importante es que queremos darle la bienvenida. Si hay algo que podamos hacer para ayudar a que su tratamiento sea mejor, avísenos.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Formulario disponible a pedido en formatos alternativos que incluyen letra grande, inglés y presentación oral.

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar la información médica y cómo puede tener acceso a esa información. **Revíselo detenidamente.**

Sus Derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia impresa de su expediente médico
- Pedir que hagamos correcciones en su expediente médico
- Pedir cómo nos comuniquemos con usted sobre su información privada
- Pedir que limitemos la información que podemos compartir sobre usted
- Obtener una lista que especifique con quienes hemos compartido su información
- Pedir una copia de este aviso de privacidad en cualquier momento
- Pedirle a alguien que tome decisiones en su nombre
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad

► **Vea la página 2** para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

Sus Opciones

El compromiso de YCHHS es mantener la confidencialidad de las personas con quienes trabajamos. En general, su información se mantendrá privada hasta donde la ley lo permita. Debemos tener su permiso para:

- Compartir su información personal con cualquier persona fuera de YCHHS
- Vender su información personal
- Usar su información personal para marketing

Hay algunas situaciones en las que podemos revelar su información a menos que usted solicite lo contrario. En esos casos, sólo se usaría la información relacionada con la situación:

- Comunicación con una persona a la que le ha pedido que participe en su atención o el pago de su atención, mientras usted está presente, en situaciones de emergencia o para informar su muerte
- Coordinación de la atención o aviso a familiares o amigos de su condición o ubicación en caso de un desastre
- Coordinación de atención de la salud conductual

► **Vea la página 3** para obtener más información sobre estas opciones y cómo se aplican

Nuestros Usos y Revelaciones

Podemos usar y compartir su información para:

- dar, administrar y coordinar su tratamiento
- administrar y apoyar el funcionamiento de nuestra agencia
- propósitos de facturación
- ayudar con problemas de salud pública y seguridad
- propósitos de investigación
- cumplimiento de la ley
- responder solicitudes de donación de órganos y tejidos
- trabajar con examinadores médicos o directores de funeraria
- atender solicitudes de Compensación de los trabajadores, de las fuerzas de orden público y otras solicitudes gubernamentales
- responder a demandas y acciones legales

► **Vea la página 3 y 4** para obtener más información sobre estos usos y revelaciones

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia impresa de su expediente médico	- Puede pedirnos ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. - Le daremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente en el plazo de 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.
Pedir que hagamos correcciones en su expediente médico	- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en el plazo 60 días.
Pedir cómo nos comuniquemos con usted sobre su información privada	- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, solicitando que solo llamemos al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. - Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
Pedir que limitemos la información que usamos o compartimos	- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de nuestro programa. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectara su atención. - Si paga por un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.
Obtener una lista que especifique con quienes hemos compartido su información	- Puede pedir una lista (o informe) de las veces que hemos compartido su información médica. Esa lista puede incluir información de seis años antes de la fecha en que hace la solicitud. Mostrará con quién hemos compartido información y por qué. - Incluiremos todos los registros compartidos excepto los de su tratamiento, pago y procedimientos de atención médica. Algunas otras revelaciones (como cualquiera que haya solicitado) también se omitirán. Daremos una lista gratis por año. Cualquier solicitud de más copias en un período de 12 meses tendrá un cargo razonable basado en el costo.
Pedir una copia de este aviso de privacidad	Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso por vía electrónica. Se la daremos con prontitud.
Pedirle a alguien que tome decisiones en su nombre	- Si tiene un tutor o le dio a alguien un poder notarial médico, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. - Antes de tomar cualquier medida, nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre.
Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad	- Si cree que un empleado de YCHHS violó sus derechos, puede presentar una queja en 627 NE Evans, McMinnville, OR 97128 o comunicándose con nosotros al 503-434-7523. - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja..

Sus Opciones

Para cierta información médica, tiene algunas opciones sobre lo que podemos compartir.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones que se describen abajo, infórmenos. Siempre que sea posible, adaptaremos sus solicitudes.

En los casos mencionados abajo, tiene derecho y la opción de solicitar que no:

- Compartamos alguna información con un familiar o amigo que participe en su atención o en el pago de su atención, en momentos en que esté presente, en una situación de emergencia o para informar a la persona de su muerte.
- Compartamos información sobre su condición y ubicación en caso de un desastre.

A menos que pida específicamente que no compartamos ninguna información en estas situaciones, como si lo encontraran inconsciente, podemos compartir la menor cantidad de información posible si creemos que sería lo mejor para usted. También podemos compartir su información en situaciones en las que exista una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En los casos mencionados abajo, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- Compartir información de sus notas de psicoterapia

Nuestros Usos y Revelaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Dar, administrar y coordinar su tratamiento

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Por ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su condición médica general.

Administrar y apoyar el funcionamiento de nuestra agencia

- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestro consultorio médico, mejorar la atención médica que usted recibe y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Por ejemplo: Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.

Propósitos de facturación

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes médicos u otras entidades.

Por ejemplo: Damos información sobre usted al plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones ante la ley para que podamos compartir su información para esos fines.

Para obtener más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad	Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, como: • Prevención de enfermedades • ayudar con retiros de productos • informar reacciones adversas a medicamentos • denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica • prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
Propósitos de investigación	• Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.
Cumplimiento de la ley	• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, por ejemplo, si el Departamento de Salud y Servicios Humanos pide información para saber si cumplimos la ley federal de privacidad.
Responder a donaciones de órganos y tejidos	• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
Trabajar con examinadores médicos o directores de funeraria	• Podemos compartir información médica con el médico forense, el examinador médico o el director de la funeraria cuando una persona fallece.
Atender solicitudes de Compensación de los trabajadores, de las fuerzas de orden público y otras solicitudes gubernamentales	• Estamos obligados a compartir información médica sobre usted: • para reclamos de Compensación de los trabajadores • para fines de cumplimiento de la ley o con un representante de las fuerzas de orden público • con agencias de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley • para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Respuesta a demandas y acciones legales	• Estamos obligados a compartir su información médica como respuesta a una citación o a una orden judicial o administrativa.

- I. Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill (Yamhill County Health & Human Services, YCHHS) solo pueden usar o revelar registros de abuso de sustancias si la persona o empresa que recibe los registros tiene un acuerdo especializado con YCHHS.
- II. YCHHS cumple los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluyendo las leyes sobre la protección de la información relacionada con el abuso y el tratamiento de drogas y alcohol y con las condiciones y el tratamiento de la salud mental.
- III. Si YCHHS revela información a otra persona con su aprobación, es posible que la información no esté protegida por las normas de privacidad y que la persona que recibe la información no deba protegerla. Por lo que puede revelar su información a alguien sin su aprobación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber debilitado la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, sin su permiso por escrito para hacerlo. Si nos da permiso para usar o compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. infórmenos por escrito.

Para obtener más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este Aviso. Si eso sucede, los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Hay una copia del Aviso más reciente en nuestro sitio web y estará disponible en la recepción.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Este aviso se aplica a Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill y sus socios comerciales

Para usar cualquiera de los derechos de privacidad mencionados arriba o para solicitar este aviso en español u otro formato puede comunicarse con:

Teléfono: 503-434-7523

Fax: 503-434-9846

TTY: 1-800-735-2900



LISTA DE RECURSOS DE SALUD CONDUCTUAL

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas.
Si necesita ayuda con este formulario, consúltenos.*

**¿NECESITA AYUDA AHORA? LLAME AL 9-1-1
SI ALGUIEN ESTÁ HERIDO O EN PELIGRO AHORA ¡LLAME AL 911 INMEDIATAMENTE!**

Líneas de ayuda para el suicidio y crisis: disponibles las 24/7

Línea de Prevención del Suicidio y Crisis	Llame, envíe un mensaje de texto o chatee 988. *Llamada militar: 988 luego presione 1 Mensaje de texto: 838255	https://988lifeline.org/ https://www.veteranscrisisline.net Chat en línea disponible
---	---	---

Apoyo para salud mental

Salud conductual del condado de Yamhill	Salud conductual para adultos	503-434-7523	https://www.yamhillcounty.gov/Adult-Services
	Servicios para familias y jóvenes	503-434-7462	https://www.yamhillcounty.gov/Youth-Services
Lines for Life	Ayuda para salud mental	24/7 1-844-842-8200 TTY: 1-800-799-4889	https://www.linesforlife.org/get-help-now
	Línea de ayuda militar	888-457-4838 Mensaje de texto: MIL1 al 839863 entre 9-3 pm (877-968-8491)	https://www.linesforlife.org/get-help-now/military Chat en línea disponible
	Youth Line	Mensaje de texto: teen2teen al 839863	https://www.theyouthline.org Chat en línea disponible
	Línea de ayuda para alcohol y drogas	(800-923-4357)	https://www.linesforlife.org/recovery-resources
	Línea de ayuda para la equidad racial	(503-575-3764)	https://www.linesforlife.org/racial-equity
	Línea de Ayuda para la Soledad de Adultos Mayores	(503-200-1633)	https://seniorlonelinessline.org/

Línea de ayuda para la juventud - LGTBO	1-866-488-7386 Envíe el mensaje START al 678-678	https://www.thetrevorproject.org Chat en línea disponible
---	---	--

Reach Out - Oregon Family Apoyo	1-833-732-2467 Lunes a viernes 12pm-7pm (excepto los días festivos)	https://www.reachoutoregon.org Chat en línea disponible
---	---	--

Substance Use, Addiction & Recovery Support

Prevención de sobredosis y tratamiento	1-800-662-HELP (4327) Mensaje de texto 435748 (HELP4U)	https://findtreatment.gov/
Never Use Alone	1-877-696-1996	https://neverusealone.com/ Chat en línea disponible
Manejo de intoxicaciones	1-800-222-1222	https://www.poison.org/ Chat en línea disponible
Línea de ayuda de Oregón para la adicción a las apuestas	877-695-4648	https://www.opgr.org/ Chat en línea disponible
Línea nacional de ayuda para la adicción a las apuestas	1-800-Gambler	https://www.ncpgambling.org/help-treatment Online chat available

Declaración para el tratamiento de salud mental (adultos):

Oregón tiene un formulario que puede completar y firmar ahora que lo protegerá cuando esté en crisis y no pueda tomar sus decisiones de tratamiento. Usted elige si quiere o no tener una declaración. Debe hacerlo en un formulario oficial, que encuentra en:

<https://sharedsystems.dhsoha.state.or.us/DHSForms/Served/le9550.pdf>

(puede pedirle a un miembro del personal que le dé una copia impresa)

Registro de votantes de Oregón (adultos):

Según la Ley nacional de registro de votantes (National Voter Registration Act), YCHHS puede ayudarlo a registrarse para votar. Si presenta una solicitud para registrarse o rechaza registrarse para votar no afectará los servicios prestados por YCHHS. Si quiere recibir ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

- Registro de votantes en línea: <https://sos.oregon.gov/voting/Pages/registration.aspx>
- Tarjeta para el registro de votantes por correo: <https://sos.oregon.gov/elections/Documents/SEL500.pdf>
(puede pedirle a un miembro del personal que le dé una copia impresa)

Base de datos médicos voluntaria de LEDS:

Reportar a las fuerzas del orden público sobre la respuesta a situaciones de emergencia con personas que padecen enfermedades mentales pueden revelar voluntariamente su información médica a YCHHS. La información se registrará en el Sistema de datos de las fuerzas del orden público (LEDS) para ayudar a las agencias que responden y ayudan a las personas con una enfermedad o condición calificada a obtener servicios médicos, de salud mental y sociales cuando responden a una solicitud de servicio de emergencia. Se accederá a la información únicamente para dar la información necesaria a los representantes de las fuerzas del orden público y a otro personal de emergencia que ayude en una situación de emergencia.

La base de datos:

- Permite a las fuerzas del orden público acceder a la información de salud conductual y
- Permite una respuesta informada cuando las fuerzas del orden público se encuentran con personas que tienen problemas de salud conductual.

Información sobre la inscripción

Si usted o un familiar están interesados en obtener más información sobre cómo inscribirse en esta base de datos, el formulario de inscripción está disponible en línea en <https://apps.state.or.us/Forms/Served/le3466.doc> para completar y devolver el YCHHS. *(puede pedirle a un miembro del personal que le dé una copia impresa)*

Para ser elegible para la inscripción, la persona debe:

- Tener una enfermedad o condición que califica,
- Dar el consentimiento expreso por escrito y

Tener el consentimiento de la persona autorizada para tomar decisiones médicas en nombre de la persona (si corresponde). Esto es necesario para personas menores de 14 años o sujetas a tutela, [directivas anticipadas para atención médica](#), [declaración para tratamiento de salud mental](#) o poder.



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES (BH RIGHTS AND RESPONSIBILITIES)

Formulario disponible a pedido en formatos alternativos que incluyen letra grande, Inglés y presentación oral.

Como cliente de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill, usted tiene derecho a:

1. Ser tratado con dignidad y respeto;
2. Tener libertad religiosa;
3. Acceder a servicios dirigidos al cliente, sensibles y respetuosos de la cultura y el trauma;
4. Recibir servicios que promuevan la recuperación, la resiliencia, el bienestar y la independencia;
5. No sufrir abuso o negligencia;
6. Informar cualquier incidente de abuso o negligencia sin represalias;
7. Estar informado de nuestras políticas, acuerdos de servicio y cargos por servicio. también tiene derecho a que alguien que pueda ayudarlo a comprender esta información esté presente;
8. Tener la oportunidad de hacer una declaración para tratamiento de salud mental, cuando sea legalmente adulto;
9. Que se le expliquen los resultados esperados y los posibles riesgos y beneficios del tratamiento;
10. Confidencialidad, incluyendo el derecho a aprobar o rechazar la revelación de su información personal, excepto según lo exija la ley o el contrato de pago de terceros;
11. Dar su consentimiento o rechazar el tratamiento antes del inicio de los servicios, excepto en una emergencia médica o según lo permita la ley¹;
12. Consentir o rechazar el tratamiento antes del inicio de los servicios, salvo en caso de emergencia médica o según lo permita la ley. Los menores pueden dar su consentimiento informado a los servicios si: menores de 18 años y casados; Tener 16 años o más y haber sido emancipado por el tribunal; o Mayores de 14 años para servicios ambulatorios (excluyendo programas residenciales, hospitalización diurna o parcial);
13. Que familiares o tutores participen en la planificación del tratamiento y los servicios;
14. Recibir una copia de su plan de servicio;
15. Pedir una segunda opinión a otro proveedor sin costo;
16. Recibir tratamiento en el entorno más apropiado y menos restrictivo o intrusivo;
17. Servicios de interpretación;
18. Medicamentos que son específicos para mis necesidades clínicas, incluyendo los medicamentos usados para tratar los trastornos por consumo de opioides;
19. Aviso previo de una transferencia, excepto en los casos en que esta pueda poner en riesgo de daño a cualquier persona;
20. Recibir una copia de su expediente médico cuando se solicite;
21. Estar libre de reclusión y restricción;
22. Rechazar la participación en experimentación;
23. Ser informado al comienzo de los servicios y de manera periódica, a partir de entonces, de los derechos en la Norma Administrativa de Oregón (Oregon Administrative Rule, OAR) 309-019-0115;
24. Presentar quejas formales, incluyendo las decisiones de apelación que resulten de la queja formal;
25. Ejercer todos los derechos establecidos en ORS 109.610 a 109.697, si es menor;
26. Ejercer todos los derechos establecidos en ORS 426.385 si tiene un compromiso con la Autoridad de Salud de Oregón;
27. Ejercer todos los derechos descritos en OAR 309-019-0115 sin ningún tipo de represalia ni castigo;
28. Ser tratado con dignidad y respeto; y
29. Consultar el Manual para Miembro si el seguro es Yamhill Community Care (YCC).

Como cliente de YCHHS, acepto:

1. Programar y llegar a tiempo a las citas cuando no pueda asistir, cancelaré con al menos 24 horas de antelación;
2. Participar en el desarrollo de mi plan de servicio;
3. Revisar el progreso hacia los objetivos del tratamiento con mi proveedor y hacer cambios, según sea necesario;
4. Participar de manera activa en mi tratamiento;
5. Comunicarme con el personal sobre cualquier problema o preocupación;
6. Tomar los medicamentos según la receta e informar a YCHHS sobre cualquier cambio en las recetas externas;
7. Buscar ayuda para problemas médicos, de salud mental o de consumo de sustancias, ya que estos pueden interferir con mi tratamiento;
8. Pagar cualquier cargo en el momento del servicio;
9. Informar cualquier cambio en el seguro o en mi situación económica;
10. Tratar al personal, los residentes y los visitas con dignidad y respeto [independientemente de nuestras diferencias individuales]. no comportarse ni hablar de una manera que pueda ofender o dañar a otras personas ni hacer que alguien se sienta inseguro; y
11. Abstenerse de cualquier forma de falta de respeto, violencia o intimidación (verbal, sexual o física) hacia cualquier persona. Esto incluye acoso racial, étnico o de otro tipo, ya sea de naturaleza verbal o física.

Informe obligatorio de abuso: Los empleados de YCHHS están obligados por ley a informar sospechas de abuso o negligencia. Esos informes exigen la revelación de información médica protegida.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas.
Si necesita ayuda con este formulario, consúltenos.*

¡Bienvenido a Servicios Humanos y de Salud del Condado Yamhill! Queremos que conozca sus derechos durante todo el proceso de tratamiento y cómo resolver cualquier problema que surja. Antes de avanzar en el proceso de tratamiento, queremos que tenga la oportunidad de tomar una decisión informada al respecto. El término "decisión informada" significa tomar una decisión basada en la información que tiene sobre diferentes opciones. Este formulario da algunos posibles riesgos y beneficios de los servicios de salud conductual para que pueda tomar una decisión informada sobre cómo continuar con los servicios. Firmando este formulario usted acepta (o da su consentimiento) al tratamiento basándose en cierta información básica sobre nuestros servicios.

Servicios que se pueden prestar:

- Administración de casos
- De apoyo
- Capacitación de competencias
- Terapia
- Empleo/educación con apoyo
- Grupos de apoyo
- Manejo de medicamentos

Posibles beneficios de recibir los servicios:

- Con el tiempo, es posible que tenga una mejora en su salud mental o síntomas por consumo de sustancias.
- Puede adquirir o mejorar habilidades para manejar cualquier síntoma que pueda estar teniendo.
- Puede lograr los resultados que quiera, como mejorar su vida social, sus relaciones familiares o su funcionamiento en el trabajo escolar o cualquier otra área de su vida.

Riesgos de recibir los servicios:

- Es posible que no logre los resultados que espera.
- Los síntomas de salud mental y el uso de sustancias pueden aumentar temporalmente al comienzo del tratamiento.
- Si le recetan algún medicamento, puede tener efectos secundarios incómodos.
- Es posible que no tenga una buena conexión con su médico. Recomendamos al menos cuatro reuniones para decidir si es el adecuado.

Revise y escriba sus iniciales en lo siguiente:

Yo _____ tengo derecho a negarme a firmar este consentimiento. Si me niego a firmar este consentimiento o lo revoco en el futuro, YCHHS no me dará ningún tratamiento. Las excepciones a esto incluyen ciertos tipos de emergencias o según lo exige la ley.

Yo _____ entiendo que este consentimiento está vigente hasta que yo lo revoque.

Yo _____ opte por los servicios de telesalud/telemedicina. Estos métodos cumplen los estándares de privacidad HIPAA, 42 CFR Parte 2 y seguridad.

Yo _____ Reconozco la recepción o el rechazo del paquete de información y políticas de Salud conductual de YCHHS. Entiendo que estos documentos se pueden entregar si se piden, impresos y en formatos alternativos y están disponibles en nuestro sitio web en <https://www.yamhillcounty.gov/Health-Human-Services>

Por la presente doy mi consentimiento informado para recibir el tratamiento en Servicios Humanos y de Salud del Condado Yamhill.

Firma del individuo/tutor legal:

Fecha:

Relación con el cliente:

☐ Documentación del representante legal en el expediente

*Los proveedores de YCHHS cumplirán con los estándares de privacidad de HIPAA, 42 CFR Parte 2 y seguridad y privacidad.

PROCESO DE QUEJAS

Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Yamhill

Se puede obtener este documento en un tamaño de letra más grande o en un formato alternativo. También, se puede obtener este documento en algunos idiomas además del español. Si usted está interesado, hable con la recepción.

Una queja es cuando un cliente comunica que no está satisfecho con los servicios del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Yamhill (YCHHS).

YCHHS sabe que desacuerdos sobre los servicios pueden ocurrir. Nuestro objetivo es alentar a los clientes a que se comuniquen con nosotros sobre cualquier inquietud y que lleguemos a una solución de común acuerdo. Un comité revisa las quejas y las soluciones para identificar maneras de mejorar los servicios. Todos los individuos tienen derecho a expresar sus inquietudes sin el temor de represalia.

Si tiene una queja, usted está alentado a comunicarse directamente con el empleado involucrado. Se puede dar su feedback verbalmente o por escrito. Puede solicitar la ayuda de un empleado o otra persona para comunicar su queja. Será útil conocer la solución deseada para resolver su queja. El objetivo de YCHHS es encontrar una resolución para cada queja dentro de 5 días hábiles desde que se recibe, aunque tenemos hasta 30 días calendario.

Si usted cree que el problema detrás de su queja podría resultar en daño a su vida, su salud, o su capacidad para funcionar, puede solicitar que se lo revise más rápido. En estos casos, YCHHS revisará y responderá a su queja por escrito dentro de las 48 horas de recibir la queja.

Lo siguiente está escrito como pasos a seguir, pero puede comenzar en cualquier parte del proceso.

1. Hablar directamente con el empleado involucrado sobre la queja.
2. Se puede comunicar la queja con su terapeuta.
3. Si usted no puede hablar con el empleado involucrado, o si usted no tiene un terapeuta, se puede hablar con un gerente sobre su queja.
4. Se puede completar un Formulario de Queja, que se encuentra en la sala de espera. También puede obtener un formulario de queja de su terapeuta, la recepción, o de otro empleado. Cuando el Formulario de Queja esté completo, se puede seguir las instrucciones del formulario o se puede dárselo a cualquier empleado, un gerente, o enviarlo por correo a la siguiente dirección:

Correo al: Yamhill County HHS Attention: Quality Manager
627 NE Evans St.
McMinnville, OR 97128

5. Se puede comunicar de sus inquietudes a la directora de YCHHS al (503) 434-7523.
6. Si no tienes satisfecha con la resolución, se puede presentar una apelación por escrito dentro de los 10 días hábiles.

SI ES...	CONTACTA	NÚMERO DE TELÉFONO
Un cliente del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Yamhill	Coordinador de Quejas de YCHHS	(503) 434-7523 (McMinnville Adulto) (503) 434-7462 (McMinnville Juvenil) (503) 538-8970 (Newberg)
Un cliente que tiene, o no tiene, el Plan de Salud de Oregón (OHP)	División de Sistemas de Salud	1-800-527-5772 (sin cargo)
	Derechos de Discapacidad de Oregón	(503) 243-2081 o 1-800-452-1695 (sin cargo)
Un miembro de Yamhill Community Care (YCCO) participado en servicios de salud mental y adicción	Coordinador de Quejas de YCCO	1-855-722-8205 (sin cargo)
	Servicio al Cliente de OHP	1-800-273-0557 (sin cargo)
Experimentando un problema con, o buscando información sobre, programas o servicios proporcionados por el Departamento de Servicios Humanos de Oregón (DHS)	Oficina de Defensa del Gobernador	(503) 945-6904 o 1-800-442-5238 (sin cargo)
Un cliente del Programa de Discapacidades del Desarrollo	Servicios para Personas con Discapacidades del Desarrollo	(971) 701-5299
	Derechos de Discapacidad de Oregón	(503) 243-2081 o 1-800-452-1694 (sin cargo)
Un miembro del Plan de Salud de Oregón (OHP) o un representante que desea solicitar una Audiencia Administrativo	Departamento de Servicios Humanos de Oregón (DHS)	La Oficina de DHS Local
	Coordinador de Quejas de YCCO	1-855-722-8205 (sin cargo)
	División de Sistemas de Salud	1-800-527-5772 (sin cargo)
Interesado en ponerse en contacto con una Junta de Licencias	Junta de Trabajadores Sociales Licenciados de Oregón	1-866-355-7050 (sin cargo)
	Junta de Consejeros y Terapeutas Licenciados de Oregón	(503) 378-5499
	Junta de Certificación de Salud Mental y Adicciones de Oregón (MHACBO)	(503) 231-8164
	Junta de Psicología de Oregón	(503) 378-4154
	Junta Estatal de Enfermería de Oregón	(503) 673-0685



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Formulario disponible a pedido en formatos alternativos que incluyen letra grande, inglés y presentación oral.

Este aviso describe cómo se puede usar y revelar la información médica y cómo puede tener acceso a esa información. **Revíselo detenidamente.**

Sus Derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia impresa de su expediente médico
- Pedir que hagamos correcciones en su expediente médico
- Pedir cómo nos comuniquemos con usted sobre su información privada
- Pedir que limitemos la información que podemos compartir sobre usted
- Obtener una lista que especifique con quienes hemos compartido su información
- Pedir una copia de este aviso de privacidad en cualquier momento
- Pedirle a alguien que tome decisiones en su nombre
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad

► **Vea la página 2** para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos

Sus Opciones

El compromiso de YCHHS es mantener la confidencialidad de las personas con quienes trabajamos. En general, su información se mantendrá privada hasta donde la ley lo permita. Debemos tener su permiso para:

- Compartir su información personal con cualquier persona fuera de YCHHS
- Vender su información personal
- Usar su información personal para marketing

Hay algunas situaciones en las que podemos revelar su información a menos que usted solicite lo contrario. En esos casos, sólo se usaría la información relacionada con la situación:

- Comunicación con una persona a la que le ha pedido que participe en su atención o el pago de su atención, mientras usted está presente, en situaciones de emergencia o para informar su muerte
- Coordinación de la atención o aviso a familiares o amigos de su condición o ubicación en caso de un desastre
- Coordinación de atención de la salud conductual

► **Vea la página 3** para obtener más información sobre estas opciones y cómo se aplican

Nuestros Usos y Revelaciones

Podemos usar y compartir su información para:

- dar, administrar y coordinar su tratamiento
- administrar y apoyar el funcionamiento de nuestra agencia
- propósitos de facturación
- ayudar con problemas de salud pública y seguridad
- propósitos de investigación
- cumplimiento de la ley
- responder solicitudes de donación de órganos y tejidos
- trabajar con examinadores médicos o directores de funeraria
- atender solicitudes de Compensación de los trabajadores, de las fuerzas de orden público y otras solicitudes gubernamentales
- responder a demandas y acciones legales

► **Vea la página 3 y 4** para obtener más información sobre estos usos y revelaciones

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia impresa de su expediente médico	- Puede pedirnos ver u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. - Le daremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente en el plazo de 30 días después de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable basado en el costo.
Pedir que hagamos correcciones en su expediente médico	- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito en el plazo 60 días.
Pedir cómo nos comuniquemos con usted sobre su información privada	- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, solicitando que solo llamemos al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente. - Diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
Pedir que limitemos la información que usamos o compartimos	- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica con fines de tratamiento, pago u operaciones de nuestro programa. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir “no” si eso afectara su atención. - Si paga por un servicio o artículo de atención médica, puede pedirnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley nos exija compartir esa información.
Obtener una lista que especifique con quienes hemos compartido su información	- Puede pedir una lista (o informe) de las veces que hemos compartido su información médica. Esa lista puede incluir información de seis años antes de la fecha en que hace la solicitud. Mostrará con quién hemos compartido información y por qué. - Incluiremos todos los registros compartidos excepto los de su tratamiento, pago y procedimientos de atención médica. Algunas otras revelaciones (como cualquiera que haya solicitado) también se omitirán. Daremos una lista gratis por año. Cualquier solicitud de más copias en un período de 12 meses tendrá un cargo razonable basado en el costo.
Pedir una copia de este aviso de privacidad	Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso por vía electrónica. Se la daremos con prontitud.
Pedirle a alguien que tome decisiones en su nombre	- Si tiene un tutor o le dio a alguien un poder notarial médico, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. - Antes de tomar cualquier medida, nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre.
Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad	- Si cree que un empleado de YCHHS violó sus derechos, puede presentar una queja en 627 NE Evans, McMinnville, OR 97128 o comunicándose con nosotros al 503-434-7523. - Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Ave, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. - No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja..

Sus Opciones

Para cierta información médica, tiene algunas opciones sobre lo que podemos compartir.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo quiere que compartamos su información en las situaciones que se describen abajo, infórmenos. Siempre que sea posible, adaptaremos sus solicitudes.

En los casos mencionados abajo, tiene derecho y la opción de solicitar que no:

- Compartamos alguna información con un familiar o amigo que participe en su atención o en el pago de su atención, en momentos en que esté presente, en una situación de emergencia o para informar a la persona de su muerte.
- Compartamos información sobre su condición y ubicación en caso de un desastre.

A menos que pida específicamente que no compartamos ninguna información en estas situaciones, como si lo encontraran inconsciente, podemos compartir la menor cantidad de información posible si creemos que sería lo mejor para usted. También podemos compartir su información en situaciones en las que exista una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En los casos mencionados abajo, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de marketing
- Venta de su información
- Compartir información de sus notas de psicoterapia

Nuestros Usos y Revelaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Dar, administrar y coordinar su tratamiento

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Por ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su condición médica general.

Administrar y apoyar el funcionamiento de nuestra agencia

- Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestro consultorio médico, mejorar la atención médica que usted recibe y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Por ejemplo: Usamos su información médica para administrar su tratamiento y servicios.

Propósitos de facturación

- Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes médicos u otras entidades.

Por ejemplo: Damos información sobre usted al plan de seguro médico para que pague sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones ante la ley para que podamos compartir su información para esos fines.

Para obtener más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de salud pública y seguridad	Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, como: • Prevención de enfermedades • ayudar con retiros de productos • informar reacciones adversas a medicamentos • denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica • prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona
Propósitos de investigación	• Podemos usar o compartir su información para investigaciones médicas.
Cumplimiento de la ley	• Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, por ejemplo, si el Departamento de Salud y Servicios Humanos pide información para saber si cumplimos la ley federal de privacidad.
Responder a donaciones de órganos y tejidos	• Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
Trabajar con examinadores médicos o directores de funeraria	• Podemos compartir información médica con el médico forense, el examinador médico o el director de la funeraria cuando una persona fallece.
Atender solicitudes de Compensación de los trabajadores, de las fuerzas de orden público y otras solicitudes gubernamentales	• Estamos obligados a compartir información médica sobre usted: • para reclamos de Compensación de los trabajadores • para fines de cumplimiento de la ley o con un representante de las fuerzas de orden público • con agencias de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley • para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Respuesta a demandas y acciones legales	• Estamos obligados a compartir su información médica como respuesta a una citación o a una orden judicial o administrativa.

- I. Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill (Yamhill County Health & Human Services, YCHHS) solo pueden usar o revelar registros de abuso de sustancias si la persona o empresa que recibe los registros tiene un acuerdo especializado con YCHHS.
- II. YCHHS cumple los requisitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluyendo las leyes sobre la protección de la información relacionada con el abuso y el tratamiento de drogas y alcohol y con las condiciones y el tratamiento de la salud mental.
- III. Si YCHHS revela información a otra persona con su aprobación, es posible que la información no esté protegida por las normas de privacidad y que la persona que recibe la información no deba protegerla. Por lo que puede revelar su información a alguien sin su aprobación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber debilitado la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea como se describe aquí, sin su permiso por escrito para hacerlo. Si nos da permiso para usar o compartir su información, puede cambiar de opinión en cualquier momento. infórmenos por escrito.

Para obtener más información vea: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este Aviso. Si eso sucede, los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. Hay una copia del Aviso más reciente en nuestro sitio web y estará disponible en la recepción.

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Este aviso se aplica a Servicios Humanos y de Salud del Condado de Yamhill y sus socios comerciales

Para usar cualquiera de los derechos de privacidad mencionados arriba o para solicitar este aviso en español u otro formato puede comunicarse con:

Teléfono: 503-434-7523

Fax: 503-434-9846

TTY: 1-800-735-2900



POLÍTICA DE TARIFA EFECTIVA 1 de Julio de

Los Servicios de Salud y Humanos del Condado de Yamhill se financian con impuestos y tarifas de usuarios. Las tarifas se calculan en función del costo de la prestación del servicio. Estamos dirigidos por nuestras fuentes de financiación gubernamentales para limitar los servicios a las personas de ingresos bajos y moderados que no pueden acceder a los servicios privados.

YCHHS ofrece un program de tarifa variable para todos los que no pueden pagar por sus servicios. Mientras que a nadie se rechaza debido a la incapacidad de pagar por servicios, se le cobrará tarifas a los clientes que pueden pagar. YCHHS basará la elegibilidad para el programa de pago en la capacidad de una persona para pagar y no discriminar por edad, género, raza, orientación sexual, identidad de género, credo, religión, discapacidad u origen nacional. Las Pautas Federales de Pobreza se usan para crear y actualizar anualmente el programa de tarifas variables para determinar la elegibilidad según el ingreso mensual bruto de una persona o familia y el número de dependientes.

Nuestro programa de tarifas está diseñado para proporcionar atención gratuita o con descuento a aquellos que no tienen medios, o medios limitados, para pagar sus servicios de atención de salud conductual (sin seguro o con seguro insuficiente). Además de la atención médica de calidad, los pacientes tienen derecho a hablar con un médico para trabajar con el paciente y / o el garante para encontrar alternativas de pago razonables. Siempre que sea posible, vamos a facturar a las compañías de seguros privadas, pero el cliente es el responsable de la porción no pagada por el seguro hasta el monto en nuestra lista de tarifas de deslizamiento.

1. Se espera que los cliente suscriban un contrato de tarifa firmado para el pago de los servicios.
2. El pago se solicita sobre una base de "pago por uso". Esto significa que la cantidad, una vez que se haya acordado, debe pagarse al momento de cada cita. De esta manera, el cliente evitará la acumulación de un gran saldo y ahorrará el costo de facturación.
3. Las tarifas de la clínica se basan en el siguiente horario:

Tipo de proveedor	Tipo de servicio	Tarifa en la oficina	Tarifa fuera de la oficina	Cada uno o por hora
QMHP	Evaluación	\$ 386.00	\$ 568.00	Por hora
	Manejo de Casos, Consulta, Terapia Familiar / Marital, Terapia Individual	\$ 281.00	\$ 413.00	Por hora
	Terapia de grupo	\$ 88.00		Por hora
	Proyección	\$ 351.00	\$ 516.00	Por hora
QMHA	Manejo de Casos, Entrenamiento de Habilidades Individuales	\$ 265.00	\$ 390.00	Por hora
	Entrenamiento de habilidades grupales	\$ 83.00		Por hora
	Proyección	\$ 331.00	\$ 488.00	Por hora
	Empleo con apoyo	\$ 212.00	\$ 403.00	Por hora
Médico	Evaluación	\$ 534.00		Por hora
	Consulta, evaluación, terapia individual, gestión de medicamentos	\$ 388.00		Por hora
RN	Gestión de medicamentos	\$ 321.00	\$ 473.00	Por hora
Tech	Entrenamiento de habilidades grupales	\$ 48.00	\$ 61.00	Por hora
	Entrenamiento de habilidades individuales	\$ 152.00	\$ 223.00	Por hora
CMA	Entrenamiento de habilidades individuales	\$ 205.00		Por hora
QMHP (Servicios escolares)	Evaluación	\$ 429.00		Por hora
	Manejo de Casos, Consulta, Terapia Familiar / Marital, Terapia Individual	\$ 286.00		Por hora
	Entrenamiento de habilidades grupales	\$ 132.00		Por hora
	Proyección	\$ 357.00		Por hora
Otro's Servicios	Servicios de ACT	\$ 195.00	\$ 385.00	Por hora
	Bridges	\$ 159.00		Por día
	BSS	\$ 98.00		Por hora
	Evaluación CANS MH	\$ 737.00		Cada uno
	Servicios de intervención temprana para familias y jóvenes (anteriormente AODAG)	\$1,193.00		Por episodio
	Intérprete (Idiomas y lenguaje de señas americano)	\$ 90.00		Por hora
	Intérprete de Language Line (teléfono)	\$ 2.45		Per Minuto
	Evaluación de OT	\$ 772.75	\$ 970.75	Cada uno
	Crisis asistida por pares (PAC)	\$ 815.00		Por día
	Servicios de tratamiento de recuperación de transición (TTRS)	\$ 236.00		Por día
	Datos y correspondencia	\$ 30.00		Cada uno
	Análisis de orina	\$ 66.25		Cada uno