



ID de Cliente: _____

Nombre de Cliente: _____

888.949.4864
ValleyCares.com

¡Bienvenidos a Valley Behavioral Health!

Valley Behavioral Health proporciona ayuda para la salud mental y servicios para abuso de sustancias en varias ubicaciones.

Después de su evaluación de admisión, se reunirá con un terapeuta para completar su plan de cuidado. Su plan de cuidado es específico para usted y sus necesidades. Tendrá disponibles varias opciones de tratamiento. Por favor, trabaje con su equipo de tratamiento para encontrar los métodos y los arreglos que satisfagan sus necesidades.

Vivimos en un área con muchos recursos disponibles. Por favor pida reunirse con un administrador de casos si está interesado/a en obtener más información sobre programas o beneficios disponibles con proveedores que no sean de Valley Behavioral Health

¡Estamos felices de que este aquí! Esperamos que nos permita continuar ayudándole.

Si elige discontinuar los servicios con Valley Behavioral Health, dejaremos su expediente abierto durante treinta (30) días. Durante ese tiempo, intentaremos comunicarnos con usted con la esperanza de que vuelva a participar en los servicios. Si no podemos comunicarnos con usted, su expediente se cerrará. Si cambia de opinión, puede reiniciar los servicios con nosotros en cualquier momento.

Algunos contactos importantes:

Valley Behavioral Health: 888-949-4864
Valley Behavioral Health Client Advocate: 801-263-7135
National Alliance on Mental Illness- NAMI Utah: 801-323-
9900 UNI Crisis Line: 801-587-3000

Signature of client acknowledgement

Date

MRF03 7-2019

Let's deal with it together.



SOLICITUD/REGISTRO DE SERVICIOS

VBH #: _____

Información para el cliente

Nombre legal del cliente: _____ Nombre preferido del cliente: _____

Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Idioma principal: Inglés Español Otro _____ Preferencia religiosa: _____

Estado civil: Casado Divorciado Viudo Soltero Separado

Raza: Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo americano Blanco
 Isleño del Pacífico o nativo de Hawái Otra raza única 2 o más razas No responde

Etnia: Dominicano Hispano o latino No hispano ni latino No responde

Género asignado: Masculino Femenino

Identidad de género: Agénero Femenino Masculino Genderqueer No binario Transgénero Otra
 No sabe No responde

Orientación sexual: Gay/Homosexual Heterosexual Bisexual No sabe Otra No responde

Pronombres: Ella/De ella Él/De él Ellos/Ellas/De ellos/De ellas Otro No responde

Actualmente en EE. UU. Militar: Sí No

Experiencia previa en EE. UU. Militar: Sí No

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

Información del padre, la madre (si el cliente es un menor), el tutor o el cónyuge ¿Es el cliente un menor? Sí No

Nombre del padre/madre/tutor/cónyuge: _____

Fecha de nacimiento: _____ SS: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia

Pariente más cercano:

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Otro contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Seguro ¿Tiene seguro? Sí No

Nombre del seguro: _____ Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Número de identificación del suscriptor (póliza): _____ Relación con el cliente: _____

Médico de atención primaria ¿Tiene un médico de atención primaria?: Sí No

Nombre: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono consultorio: _____

Fuente de referencia _____ Familia _____ Amigo _____ Hospital _____ Otro: _____

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Reconocimientos

- Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Valley
- Recibí una copia de los Derechos y responsabilidades del cliente de Valley
- Recibí una copia del folleto de Directiva de Atención Anticipada
 Tengo una Directiva de Atención Anticipada No tengo una Directiva de Atención Anticipada
- Yo: Solicitaré una copia del Manual de Medicaid Descargaré una copia del Manual de Medicaid
- Entiendo que todos los medicamentos que Valley les entrega a los clientes a través del control de medicamentos son surtidos por ValleyRx o transferidos a ValleyRx.
- Entiendo que si me dejan en monitoreo de medicamentos como parte de mi tratamiento, todos los medicamentos recetados de todos los proveedores que no pertenezcan a Valley deben entregarse a Valley para que los controle, y Valley asume la responsabilidad final de las resurtidos de medicamentos. Si mi tratamiento no incluye monitorización de medicamentos, soy responsable de todas las renovaciones de medicamentos que no sean recetados por Valley.
- Entiendo que no se me han hecho promesas en cuanto a los resultados del tratamiento o de cualquier procedimiento proporcionado por Valley Behavioral Health.
- Entiendo que si tengo una queja, tengo derecho a presentar una queja ante el Defensor del cliente de Valley 801-263-7135 y/o al departamento de licencias del DHS 801-538-4242/ dhslicensing@utah.gov.

_____ (iniciales) Acepto y entiendo los reconocimientos. anteriores

_____ (inicial) **Abuso o violencia:** Reconozco y entiendo que Valley puede tener la obligación legal de informar o hacer referencias en casos de abuso de niños y adultos mayores o adultos vulnerables a las agencias gubernamentales o policiales correspondientes y, además, que Valley puede tener la obligación legal de informar o hacer remisiones en casos de violencia familiar o amenazas de delitos a las agencias gubernamentales o policiales correspondientes. Además, doy mi consentimiento para tales informes y/o referencias por parte de Valley.

Además, doy mi consentimiento y acepto que cualquier firma electrónica mía es válida y ejecutable como si hubiera firmado en persona.

Certifico que entiendo la información anterior y que es exacta y completa.

Firma del cliente o del representante legal

Fecha

Nombre impreso del cliente o del representante legal

Relación con el cliente



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del cliente: _____

VBH #: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTIMIENTOS/AUTORIZACIONES

Sí No Consiento voluntariamente (o brindo voluntariamente consentimiento para mi hijo o la persona de la que soy legalmente responsable) para recibir tratamiento de Valley Behavioral Health. Completé el formulario de solicitud/registro y revisé la declaración de prácticas de privacidad y el acuerdo de tarifas. Entiendo completamente estos documentos y acepto sus términos.

Sí No Entiendo que puedo suspender mi tratamiento con Valley Behavioral Health en cualquier momento. De lo único que seré responsable es de pagar los servicios que ya he recibido. Entiendo que puedo perder otros servicios o tener que lidiar con otros problemas si interrumpo el tratamiento (por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por un tribunal, tendré que responder ante el tribunal).

Sí No Autorizo a Valley Behavioral Health a usar mi foto como parte de mi historial médico electrónico. Las imágenes se almacenarán en un lugar seguro y solo el personal autorizado tendrá acceso a ellas.

Sí No **Atención de emergencia médica:** Doy mi consentimiento para recibir primeros auxilios y tratamiento médico de emergencia. Este consentimiento se aplicaría si tengo un accidente, lesión, enfermedad u otra emergencia médica. Entiendo que esto se aplica solo durante el tratamiento con Valley Behavioral Health (Valley). Esto también se aplica a los menores admitidos por un padre o tutor.

Sí No **Comunicación electrónica:** Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas del personal de Valley por correo electrónico y/o mensajes de texto con respecto a mi atención médica y tratamiento, incluidas las comunicaciones sobre mis recetas, citas y facturación. Entiendo que existe el riesgo de que la comunicación electrónica sea interceptada por terceros o transmitida a terceros no deseados. Entiendo que cualquier comunicación por correo electrónico o mensaje de texto entre Valley y yo con respecto a mi atención médica y tratamiento puede imprimirse y formar parte de mi historial médico. Entiendo que en una situación urgente o de emergencia, no debo confiar en la comunicación electrónica y llamar a mi proveedor o ir a la sala de urgencias. Además, doy mi consentimiento y acepto que cualquier firma electrónica mía es válida y ejecutable como si hubiera firmado en persona.

Sí No **Tratamiento:** Doy mi consentimiento para el tratamiento y las pruebas/evaluaciones de Valley, ya sea en persona o a través de Telesalud. Entiendo que las pruebas incluyen, pero no se limitan a, pruebas intelectuales, cognitivas, de desarrollo y funcionales. Entiendo que se pueden requerir más consentimientos informados a medida que avanzan las necesidades del tratamiento.

Sí No **Tratamiento:** Doy mi consentimiento para que se me extraiga sangre, se analicen muestras de orina y/u otras pruebas de muestras si así lo solicita mi proveedor. Entiendo que se pueden requerir más consentimientos informados a medida que avanzan las necesidades del tratamiento.

Sí No **Proveedor de atención primaria:** Autorizo la divulgación de la información de mi tratamiento a mi proveedor de atención médica primaria a los efectos de la continuidad de la atención.

_____ (iniciales) Si tengo diagnósticos de consumo de sustancias, entiendo que debo completar el formulario Divulgación de información para divulgar esos registros específicos.

Sí No **Transferencia/Alta de Valley:** Autorizo la divulgación de mi información de tratamiento en caso de que me den de alta o me transfieran de los servicios de Valley al médico y/o programa receptor con el fin de continuar con la atención.

_____ (iniciales) Si tengo diagnósticos de consumo de sustancias, entiendo que debo completar el formulario Divulgación de información para divulgar esos registros específicos.

Certifico que he leído el Consentimiento para el Tratamiento anterior y que entiendo completamente y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que este consentimiento es válido por un año y tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.

Además, doy mi consentimiento y acepto que cualquier firma electrónica mía es válida y ejecutable como si hubiera firmado en persona.

Además, entiendo que se me pedirá consentimiento y volver a firmar anualmente.

Firma del cliente o del representante legal

Fecha

Nombre impreso del cliente o del representante legal

Relación con el cliente

ACUERDO DE TARIFAS AL CLIENTE

Fecha en vigor de la tarifa:	N.º de cliente:	N.º de unidad:	Fecha de nacimiento:
Nombre del cliente:		SSN:	
Dirección:		Correo electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono casa:	Celular:	Seguro:	

AL FIRMAR ESTA PÁGINA, ACEPTO LA SIGUIENTE CESIÓN DE PRESTACIONES:

- Soy un cliente con financiamiento del condado o no tengo financiamiento Sí No
 - En caso afirmativo, acepto pagar la tarifa o el copago correspondiente según una escala móvil de honorarios basada en una verificación de mis ingresos y en mis dependientes actuales para servicios clínicos. Esta tarifa se aplica a los servicios ambulatorios o residenciales.
- Los miembros de Medicaid no tienen que pagar por los servicios cubiertos que reciben cuando tienen cobertura de Medicaid.
- Acepto la responsabilidad de los pagos por todos los servicios recibidos. Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este arreglo es parte del contrato de Valley con su compañía de seguros.
- Entiendo que es posible que mi seguro no cubra todos los servicios prestados y que se espera que pague todos los servicios no cubiertos a las tarifas de pago por cuenta propia.
- Entiendo que Valley facturará a mi seguro médico u otro pagador el costo total de los servicios de todos los tratamientos y los servicios cubiertos que reciba.
- Entiendo que se espera que pague una tarifa de pago por cuenta propia con descuento por los servicios prestados cuando decida no usar mi seguro u otros fondos.
- Entiendo que debo notificar a Valley de cualquier cambio en mi seguro o cobertura, y que al no hacerlo, seré responsable de la tarifa de pago por cuenta propia de todos los servicios prestados.
- Entiendo que si mi seguro termina y no estoy cubierto en la fecha del servicio, se me cobrarán tarifas de pago por cuenta propia por todos los servicios prestados.
- Acepto enviar a Valley todos los pagos del seguro o de terceros pagadores que reciba directamente, y que si no lo hago, seré responsable de dichos pagos.
- Entiendo que se cobrará un cargo por servicio de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.
- Entiendo que después de 90 días de falta de pago, Valley tiene el derecho de negarse a prestar servicios adicionales y a enviar mi cuenta a una agencia de cobranza para su resolución.
- Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza, entiendo que soy responsable de todos los costos, incluidas las presentaciones judiciales, los honorarios del agente de policía, los honorarios de abogados y los intereses acumulados a la tasa legal sobre el saldo pendiente de pago hasta que el saldo se PAGUE EN SU TOTALIDAD.

EXENCIÓN DE NEW CHOICES (SI CORRESPONDE)

- Yo y/o la persona que designe aceptamos lo siguiente con respecto a los pagos de mi responsabilidad de Medicaid:

Reglas y regulaciones de Medicaid:

- Entiendo que soy responsable de seguir siendo elegible financieramente para Medicaid. Soy responsable de pagar la responsabilidad de Medicaid, si corresponde, al Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral cada mes para cumplir con las reglas y regulaciones de Medicaid.
- Entiendo que la cantidad que pago está determinada por la información que le he dado a mi trabajador del Departamento de Servicios Laborales de Medicaid.



ACUERDO DE TARIFAS AL CLIENTE

- Entiendo que no pagar este monto puede resultar en la pérdida de beneficios y es posible que me den de baja de FlexCare y del Programa de exención de Medicaid New Choices.
- Al firmar como Designado Financiero, junto con este acuerdo completo, también acepto que ayudaré a este cliente de Exención de New Choices a notificar a Medicaid de todos los cambios financieros o aplicables de otro modo y ayudaré al cliente a seguir siendo elegible para Medicaid durante las revisiones anuales y cualquier documentación necesaria para las verificaciones durante todo el año.
- También entiendo que soy responsable de lo siguiente mientras esté en el Programa de exención de New Choices:
 - Entiendo que soy responsable de pagar mi habitación y comida a la instalación en la que resido.
 - Entiendo que seré responsable financieramente de los artículos no cubiertos por Medicaid, como los productos farmacéuticos de venta libre, los copagos en las citas médicas y las estadías en el hospital, y los artículos utilizados que pueden no estar incluidos en el acuerdo de habitación y comida.
- Certifico que la información anterior es precisa y completa. Acepto pagar el costo total de los servicios si debo cancelar mi inscripción en el Programa de exención de Medicaid de New Choices. Acepto notificar a mi trabajador del Departamento de Servicios Laborales de Medicaid sobre todos y cada uno de los cambios en mis ingresos, incluidas las deducciones médicas y/o las primas de seguro.

AUTORIZACIONES

- Autorizo a mi compañía de seguros o a un tercero pagador a realizar pagos, que de otro modo me serían pagaderos, directamente a Valley. En el caso de que los beneficios pagados superen el costo total de los servicios, Valley será responsable de emitir un reembolso.
- Autorizo a Valley a preautorizar con mi compañía de seguros y a apelar en mi nombre cualquier decisión tomada por la compañía de seguros con respecto al pago.
- Autorizo a Valley a divulgar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a mi compañía de seguros o a cualquier entidad responsable del pago de mi tratamiento, para obtener el reembolso.

Este acuerdo de tarifas cubre todos los servicios prestados por Valley Behavioral Health, incluida la salud mental y el abuso de sustancias.

Certifico que la información anterior es precisa y completa.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del representante autorizado: _____ Relación: _____

Firma del representante de Valley: _____ Fecha: _____



El Intercambio de Información de Salud Clínica

CHIE CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE & CAMBIAR DE FORMA

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

ID DE CLIENTE #: _____

FECHA: _____

El Intercambio de Información de Salud Clínica (CHIE, por sus naturalidades) es un sistema electrónico estatal que almacena información médica para permitir que los proveedores en el estado de Utah accedan a su información médica con el fin de proporcionar un tratamiento de calidad. Los proveedores que utilizan CHIE pueden incluir consultorios médicos, hospitales, salas de emergencia y clínicas de atención urgente. Si decide participar en CHIE, el CHIE recopilará su información médica de los diferentes lugares donde recibe atención médica. El tipo de información médica que se puede recopilar y compartir a través del CHIE son: datos demográficos básicos, fecha(s) observada, código(s) de diagnóstico y horario (s), y información de admisión, alta y transferencia.

Por favor, compruebe una de las opciones de consentimiento a continuación:

- Doy mi consentimiento para compartir mi información médica con el CHIE y permitir que mis proveedores de atención médica participantes accedan a mi información médica a través del CHIE.
- No doy mi consentimiento para compartir mi información médica con el CHIE.

Puede cambiar su consentimiento en cualquier momento yendo a cualquier proveedor de atención médica CHIE participante y solicitando un cambio. Los cambios en su consentimiento se procesarán en un período de tiempo razonable, y su estado de consentimiento actual permanecerá hasta que su solicitud pueda ser actualizada.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y entiendo mis opciones de consentimiento. Entiendo que puedo cambiar mi consentimiento en cualquier momento completando un nuevo chie consentimiento del cliente & cambiar de forma.

FIRMA DEL CLIENTE

FECHA DE CONSENTIMIENTO

Para proteger su privacidad y verificar su identidad, su firma en este formulario debe ser presenciada por su proveedor de atención médica o un representante de CHIE.

Nombre de la organización

Nombre de Witness

Como testigo de este consentimiento, atestigua que el firmante anterior es personalmente conocido por mí o ha establecido su identidad conmigo por una identificación con foto satisfactoria, tarjeta de seguro u otra evidencia de identidad que habitualmente se basa en la atención médica.



NOMBRE DEL CLIENTE: _____

ID de VBH: _____

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS/SEGURO

Valley Behavioral Health (VBH) ofrece tarifas con descuento a los consumidores que proporcionen documentación de los ingresos familiares y del seguro actuales, que está disponible durante todo el tratamiento.

Fuente de ingresos mensuales de la familia

- Empleo/Salarios Asistencia pública Pensión alimenticia y manutención de los hijos
- Prestaciones del Seguro Social Desempleo Indemnización por accidente laboral
- Ninguna Otra** Sin registrar

**Si es otra, explíquelo: _____

Ingresos mensuales/anuales Ingresos mensuales del cliente: _____

Ingresos anuales del cliente: _____

Ingresos anuales del grupo familiar: _____

Documentación de ingresos adjunta Sí No

Cantidad de dependientes _____ (El cliente debe contarse a sí mismo como 1 dependiente).

Seguro ¿Tiene seguro?: Sí No

Nombre del seguro: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

N.º de ID del suscriptor (póliza): _____ Relación con el paciente: _____

Soy un cliente con financiamiento del condado o no tengo financiamiento Sí No

- En caso afirmativo, acepto pagar la tarifa o el copago correspondiente según una escala móvil de honorarios basada en mis ingresos y mis dependientes para servicios clínicos. Esta tarifa se aplica a los servicios ambulatorios o residenciales.

Monto del copago: _____

Justificación del ajuste de la tasa inferior a la escala móvil de honorarios:

Firma del cliente/representante: _____ Fecha: _____

Nombre del representante: _____ Relación con el cliente: _____

Firma del representante de Valley: _____ Fecha: _____



Procedimiento en caso de no presentación o cancelación tardía del cliente

Valley Behavioral Health (Valley) prioriza la atención eficaz y personalizada. Se espera que los clientes asistan puntualmente a cada sesión programada. Una cita cancelada o retrasada puede repercutir de forma negativa en otros clientes. Las sesiones de terapia se programan con antelación y constituyen un tiempo reservado exclusivamente para nuestros clientes. Cuando se cancela una sesión sin previo aviso de 24 horas, en general no podemos cubrir esa franja horaria.

Definición de no presentación: faltar a una cita, avisar con menos de 24 horas de antelación que faltará o llegar más de 15 minutos tarde.

Al firmar a continuación, entiendo y reconozco lo siguiente:

___ He leído y entiendo la definición de no presentación.

___ Si falto a una cita sin avisar con suficiente antelación, es posible que se cancelen las citas recurrentes y alguien de mi equipo de tratamiento se comunicará conmigo para reprogramar la cita perdida.

___ Si no me presento o cancelo de manera tardía 2 veces en un plazo de 90 días, un miembro de mi equipo de tratamiento se comunicará conmigo para hablar sobre los problemas para seguir el tratamiento, crear un plan de compromiso y reprogramar la cita perdida, si corresponde.

___ Es posible que me ofrezcan un plan de programación temporal como parte del plan de compromiso, que puede incluir citas solo para el mismo día, un cambio a citas en persona o a distancia u horarios de citas alternativos.

___ Soy responsable de asistir a los servicios programados. En cualquier momento puedo ponerme en contacto con mi equipo de tratamiento para hablar de los problemas que me impiden asistir a los servicios de tratamiento y crear un plan de horarios alternativo.

___ Si no me presento 3 veces o más en un plazo de 90 días, se me dará de baja de Valley Behavioral Health.

___ Valley justificará la no presentación por emergencias si comunico la emergencia lo antes posible. Entre las emergencias se incluyen cualquiera de las siguientes, ya sea del cliente o de sus familiares directos: una enfermedad grave o contagiosa, accidentes de tráfico o fallecimiento. Los problemas laborales no se consideran emergencias. En caso de mal tiempo o algunas emergencias, las citas se pueden cambiar por citas a distancia.

___ Comprendo la importancia de comunicarme con mi terapeuta y mi equipo de tratamiento.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Lista de Verificacion

- Habla con tu conyuge, hijos adultos, familiares, amigos y doctors sobre lo que es importante para ti.

Pidale a alguien de su confianza que sea su agente.

Discuta sus deseos con esta persona. Seleccione a otra persona para que actue como su agente alternativo.

- Complete una directive anticipada de atencion medica.
- Que una persona que no sea su parentela sea testigo de su firma.
- Digales a sus familiares, amigos y medicos que tiene una directive anticipada de atencion medica.
- Entregue copias a su agente, proveedores de atencion medica, familiares, Tambien amigos y cualquier otra persona involucrada en su cuidado..
- Haga que se coloquen copias en su expediente medico.
- Guarde una copia en un lugar que su agente pueda encontrar.
- Puede agregar a su licencia de conducir que ha completado una directive anticipada de atencion medica..

Para recursos adicionales contacte:

Oficina Estatal De NAMI UTAH

1600 West 2200 South Suite
202

West Valley City, UT 84119

801-323-9900 www.namiut.org

Centro sobre el envejecimiento De la Universidad de Utah

30 North 1900 East, AB193 SOM Salt
Lake City, UT 84132-0001

801-585-9540

FAX 801-585-3884

<http://aging.utah.edu/programs/utahcoa/directives/>

Directiva Anticipada de Atencion Medica



Efectivo: 1 de Julio de
2014

Valley Behavioral Health reconoce su derecho a dar instrucciones escritas y verbales sobre su tratamiento de atencion medica y otros cuidados medicos. Esto se hace de acuerdo con Utah Advance Ley Directiva de atencion medica.

Respuestas a preguntas

Q. Que es una directive anticipada de atencion medica?

A. Una directive anticipada de atencion medica es un document legal que le permite informarnos sus preferencias de atencion medica sis no puede hacerlo debido a sintomas de salud fisica o mental. La directive anticipada de Utah tiene cuatro partes.

- Parte 1: Le permite nombrar a otra persona para que tome decisions de atencion medica por usted cuando usted no pueda tomar decisions o hablar por si mismo.

- Parte ii: Le permite registrar sus deseos sobre la atencion medica por escrito.

- Parte III: Le informa como revocar o cambiar esta directive.

- Part IV: Hace que su directive sea legal

Q. Cuando puedo completar mi directive anticipada de atencion medica?

A. Debe ser un adulto mayor de 18 anos. Debe ser capaz mentalmente en el momento de declarar sus instrucciones con respect al tratamiento de atencion medica..

Q. Como complete mi directive anticipada de atencion medica?

A. Obtenga una directive anticipada de atencion medica de su administrador de casos o terapeuta..

- Considere el tratamiento que desea recibir cuando no pueda tomar una decision.

- Decide a quien quieres nombrar como tu agentel.

- Pídale a una persona que sea testigo de que firmo su Directiva anticipada sobre atencion medica en su presencia y que parezca estar en su sano juicio y no estar bajo presion. El testigo no puede ser un familiar.

Q. Quien puede actuar como mi agente (Abogada)?

A. Puede designer a cualquier persona que desee, except su (s) proveedor (es) Medico (s) de salud mental, un empleado de la Division Estatal de Abuso de Sustancias o cualquier miembro del personal de Valley Behavioral Health. Si no desea pedirle a un familiar o a un amigo que actue como su agente, puede solicitar un voluntario de su capitulo local de NAMI of Utah.

Q. Cuales son las responsabilidades de una agente?

A. El poder de su agente comienza cuando usted no puede tomar ni comunicar decisions de atencion medica or si mismo. Un medico que lo haya examinado personalmente debe encontrar que usted no tiene la capacidad para tomar una decision sobre su atencion medica. Para tener capacidad, debe poder:..

- Comprender su condicion medica.

- Comprender los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento.

- Sopesar los riesgos y beneficios para tomar una decision sobre el tratamiento.

- Comunique su eleccion a su proveedor de atencion medica. Puede continuar tomando su propia decision de atencion medica si no esta de acuerdo con el hallazgo del medico.

USTED puede participar en la toma de decisions todo el tiempo que desee, incluso si se ha descubierto que no tiene capacidad. Su agente y sus proveedores de atencion medica deben intentar incluirlo en sus

decisions de atencion medica durante el tiempo que desee. Esto es cierto incluso sis u capacidad de toma de decisions se ve afectada.

Q. Cuando termina el poder de mi agente?

A. El poder de su agente termina cuando:

- Tiene la capacidad de tomar su propia decision; revoca la directive anticipada.

- Descalifica a su agente.
- Nombrar un nuevo agente.

Q. Como cancel o revoco mi directive de atencion medica anticipada?

A. Puede revocar su directive incluso si un medico ha determinado que no tiene capacidad para tomar decisions sobre el cuidado de la salud.

- Revoque su directive anticipada en presencia de un testigo. El testigo debe tener 18 anos o mas y no su agente o agente alternativo.

- Complete una nueva directive anticipada. Si firma una nueva directive, se aplicara la mas reciente.

- Firme una revocacion por escrito o escriba "nulo" en su directive anticipada. Digale a su proveedor a atencion medica o centro de atencion medica que revoco su directive anticipada. Entregueles una copia de su nueva directive una vez que este complete.

Q. Necesito una abogada?

A. No. No se necesita un abogado para completar una directive anticipada de atencion medica.

Q. Tengo que tener una directive anticipada sobre atencion medica?

A. No. La ley de Utah no requiere que tenga una directive anticipada de atencion medica.

Oficinas Administrativas

PO Box 572070
Murray, Utah 84157
801.263.7100

Sitio web
ValleyCares.com

Línea de atención en crisis las 24 horas
Línea de vida para la prevención del
suicidio (800) 273.TALK [8255]

Condado de Salt Lake
801.587.3000

Condado de Tooele
435.882.5600

UNI Crisis
801.587.3000

Voz
888.735.5906

De Voz a Texto V/T (Voice to Text, V/T)
800.346.4128

Voz a Voz (Speech To Speech, STS)
888.346.5822

TTY para personas con problemas
del habla
800.346.4128

Responsabilidades
y derechos
del cliente

Tiene derecho a

- Recibir servicios sin importar raza, color, origen nacional, discapacidad mental o física, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, estilo de vida, afiliación política, religión o edad.
- Recibir trato de respeto y dignidad en el entorno menos restrictivo compatible con sus necesidades de tratamiento.
- Obtener información sobre las pautas específicas del programa, incluidos los honorarios y otros costos, así como los motivos de la terminación involuntaria y los criterios para la readmisión.
- Estar libre de posibles daños o actos de violencia mientras esté en Valley.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento y alternativas de una manera que sea clara y que pueda comprender.
- Participar en la planificación del tratamiento y las decisiones sobre su atención de salud mental, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Estar libre de restricción o aislamiento si se usa para coaccionar (forzar) o disciplinar, como una reacción (para tomar represalias), o por conveniencia, como se especifica en las Regulaciones Federales.
- Proteger su privacidad y saber quién accedió a sus registros.
- Recibir una copia de su registro médico. También puede solicitar que se modifique o se corrija, cuando lo permita la ley federal de privacidad.
- Recibir información sobre la política de fumar de acuerdo con la Ley de Aire Limpio de Utah (Utah Clean Air Act).
- Recibir información específica del programa sobre las sanciones y las consecuencias por violaciones.
- Recibir tratamiento en un ambiente seguro.

Derechos adicionales en un programa residencial:

- Comunicarse por teléfono o por escrito con su familia, abogado, médico, clérigo, consejero o administrador de casos. Esto no se aplica cuando un profesional con licencia se opone a la comunicación.
- Recibir una lista de personas cuyos derechos de visita se restringieron a través de los tribunales.
- Enviar y recibir correo siempre que se cumplan los requisitos de seguridad, salud y seguridad.

Usted tiene la responsabilidad de

- Mantener citas programadas y cancelar con 24 horas de anticipación.
- Llegar a tiempo a sus citas.
- Si es padre/tutor y su hijo está en tratamiento, usted es responsable de asegurarse de que su hijo asista a las citas programadas.
- Participar con su terapeuta en su plan de tratamiento y cuidado.
- Informar a la secretaria o a su terapeuta de los cambios en su dirección, número de teléfono, seguro o situación financiera.
- Informar al personal médico de todos los medicamentos que está tomando, incluidas las recetas médicas y de salud mental y los medicamentos de venta libre, hierbas, etc.
- Respetar la propiedad, la comodidad y la confidencialidad de otros clientes/personal.
- Abstenerse de actos de violencia o daño a otros.
- Seguir las pautas de participación del programa.
- Decirle a su proveedor de tratamiento cuándo quiere detener los servicios.

Resolución de quejas/reclamos

Presente una queja si siente que lo trataron injustamente o lo discriminaron por alguna razón. Contacte a cualquiera de las siguientes entidades:

Valley Client Advocate
801.263.7135

Valley Quality Assurance
888.949.4864

Mail or fax your written complaint to:

Valley Quality Assurance Address
PO Box 572070
Murray, Utah 84157
Fax 801.263.7203

Envíe por correo o fax su queja por escrito a: **Valley Regulatory Oversight and**

Si cree que lo discriminaron por discapacidad, también puede presentar una queja directamente ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., en la Oficina de Derechos Civiles.

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201

Valley Behavioral Health hará todo lo posible para garantizar que se le otorguen estos derechos y que lo traten con respeto y dignidad.

Estas responsabilidades y derechos están destinados a promover su satisfacción.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Valley Behavioral Health

PO Box 572070

Murray, Utah 84157

801-263-7100

Fecha de entrada en vigencia de este aviso: 1 de agosto de 2017

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

TIPOS DE INFORMACIÓN A LOS QUE SE APLICA ESTE AVISO

Este aviso aplica a toda aquella información en nuestro poder que permita que alguien lo identifique y se informe sobre su salud. No se aplica a la información que no contenga nada que pudiera usarse razonablemente para identificarlo, también conocido como información anónima.

QUIÉN DEBE RESPETAR ESTE AVISO

- Empleados de Valley Behavioral Health; personal, estudiantes, voluntarios y otro personal cuyo trabajo está bajo el control directo de Valley Behavioral Health.

NUESTROS DEBERES LEGALES

- La ley nos exige mantener la privacidad de su información de salud
- Estamos obligados a suministrar este aviso a cualquier persona que lo solicite
- Tras una violación de información de salud protegida sin seguridad, la ley nos exige notificárselo.
- Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso hasta que adoptemos oficialmente nuevas medidas.

CÓMO PODEMOS USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD.

Podemos utilizar su información de salud o divulgarla a otros por diversas razones. Este aviso describe dichas razones. Por cada razón, tenemos una breve explicación. También brindamos algunos ejemplos. Estos ejemplos no incluyen todas las formas específicas en que podemos usar o divulgar su información. Sin embargo, cada vez que utilicemos su información o la divulguemos, se ajustará a una de las razones que se enumeran aquí.

1. Tratamiento. Utilizaremos su información de salud para brindarle atención y servicios. Esto significa que nuestros empleados, personal, estudiantes, voluntarios y otras personas, cuyo trabajo está bajo nuestro control directo, pueden leer su información de salud para conocerla y utilizarla para tomar decisiones sobre su atención. Por ejemplo, un terapeuta o administrador de caso puede leer su historia médica para ofrecerle una mejor atención. También divulgaremos su información a otras personas que la necesiten para brindarle tratamientos o servicios médicos o de salud conductual. Por ejemplo, para coordinar la atención, podemos enviarle una evaluación que realizamos a otro proveedor de salud conductual que usted consulte. Si nos autoriza, también podemos compartir o acceder a su información en un Intercambio de Información de Salud con otros proveedores de salud mental y conductual.

2. Pago. Divulgaremos su información de salud, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios que le prestamos. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para preparar una factura. Además, podemos enviarle esa factura, y cualquier información de salud que contenga, a su compañía de seguros. También podemos divulgar parte de su información de salud a compañías que contratamos para servicios relacionados con los pagos. Por ejemplo, podemos darle información sobre usted a una compañía de cobranza a la que contratamos para cobrar las facturas. No usaremos ni divulgaremos más información que la necesaria para fines de pago.

3. Operaciones de atención médica. Podemos usar su información de salud para actividades que son necesarias para manejar esta organización. Esto incluye leer su información de salud y la información de otros, para revisar el desempeño de nuestro personal o para planificar qué servicios debemos brindar, ampliar o reducir. También podemos suministrar información de salud a los estudiantes que están autorizados para recibir capacitación en nuestras instalaciones. Podemos divulgar su información de salud según sea necesario a otras personas, a quienes contratamos por servicios administrativos. Esto incluye a nuestros abogados, auditores, servicios de acreditación y consultores.

4. Requisito legal para divulgar información. Divulgaremos su información cuando la ley así lo requiera. Esto incluye reportar información a agencias gubernamentales que tienen la responsabilidad legal de supervisar el sistema de atención médica. Por ejemplo, se nos puede solicitar que divulguemos su información de salud si nos audita una oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. También divulgaremos su información de salud cuando así lo solicite una orden judicial u otro proceso judicial o administrativo.

5. Actividades de Salud Pública. Divulgaremos su información de salud para propósitos de salud pública cuando sea requerido. Esto incluye informar ciertas enfermedades, nacimientos, muertes y reacciones a ciertos medicamentos. También puede incluir enviar un aviso a las personas que han estado expuestas a una enfermedad.

6. Reporte de Abuso. Podemos divulgar su información de salud cuando la información esté relacionada con una víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Realizaremos este informe solo de conformidad con las leyes que exigen o permiten dichos informes, o con su permiso.

7. Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información de salud para fines policiales. Esto incluye entregar información para ayudar a localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, o relacionado a una presunta actividad delictiva. También debemos divulgar su información de salud a una agencia federal que investigue nuestro cumplimiento con las regulaciones federales de privacidad.

8. Fines Especializados. Podemos divulgar su información de salud para una serie de fines especializados. Solo divulgaremos toda la información necesaria para el fin. Por ejemplo, podemos divulgar la información de salud de los miembros de las fuerzas armadas según lo autorizado por las autoridades militares de comando. Podemos divulgar su información a médicos forenses y directores de funerarias; o por razones de seguridad nacional. También podemos divulgar información médica, acerca de un recluso, a una institución correccional o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, para brindar al recluso atención de salud conductual, para proteger la salud y la seguridad del recluso u otros. También podemos divulgar su información de salud a su empleador a los fines de las leyes de compensación laboral y seguridad en el lugar de trabajo (La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional [Occupational Safety and Health Administration, OSHA], por ejemplo).

9. Para evitar una amenaza seria. Podemos divulgar su información de salud si decidimos que la divulgación es necesaria para evitar daños graves al público o a un individuo. La divulgación solo se hará a alguien que pueda prevenir o mitigar la amenaza.

10. Familiares y amigos. Podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia o a otra persona que se involucre en su cuidado o en el pago de su cuidado. Podemos notificar a familiares o amigos si usted está en el hospital e informarles sobre su estado general. En caso de un desastre, podemos facilitar información sobre usted a una organización de ayuda en caso de desastres para que puedan notificar a su familia sobre su condición y ubicación. No divulgaremos su información a familiares o amigos si usted no está de acuerdo.

11. Investigación. Podemos divulgar su información de salud en proyectos de investigación. Las reglas federales rigen cualquier divulgación de su información médica con fines de investigación sin su autorización.

12. Marketing. Podemos utilizar su información para comunicarle sobre un medicamento o servicio que esté utilizando actualmente. Otras comunicaciones, en las que Valley Behavioral Health recibe el pago, se consideran marketing y requieren que obtengamos una autorización de su parte antes de divulgar dicha comunicación. Si no desea que hagamos esto, comuníquese con el responsable de la privacidad de Valley Behavioral Health cuya información se detalla al final de este aviso para "excluirse" de tales comunicaciones. Si elige "excluirse", se considerará como si se tratara de una revocación de la autorización.

13. Recaudación de fondos. Podemos utilizar su información para contactarlo y pedirle donaciones para Valley Behavioral Health. Podemos divulgar su información a una fundación relacionada con el mismo propósito. Si no desea que lo hagamos, comuníquese con el responsable de la privacidad de Valley Behavioral Health para "excluirse" de tales comunicaciones. Si elige "excluirse", se considerará como si se tratara de una revocación de la autorización.

14. Recordatorios o información. Podemos comunicarnos con usted para enviarle recordatorios de las citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle. (Si no desea que se lo recuerden, notifique a su planificador)

SUS DERECHOS

1. Autorización. Podemos usar o divulgar su información de salud para cualquier propósito que se detalle en este aviso sin tener su autorización por escrito. Por ningún otro motivo usaremos o divulgaremos, sin su autorización, su información de salud. Si nos autoriza a usar o divulgar su información, tiene el derecho de revocar la autorización en cualquier momento. Para obtener información sobre cómo autorizarnos a usar o divulgar su información de salud, o sobre cómo revocar una autorización, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Valley Behavioral Health. No puede revocar una autorización para que nosotros usemos y divulguemos su información, en la medida que ya se reveló en virtud de la autorización. Si la autorización es para permitir la divulgación de su información a una compañía de seguros, como condición para obtener cobertura, otras leyes pueden permitir que la aseguradora continúe usando su información para impugnar reclamos o su cobertura, incluso después de que revoque la autorización.

2. Solicitud de restricciones. Tiene derecho a solicitarnos que restrinjamos la forma en que usamos o divulgamos su información de salud. Consideraremos su solicitud. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar, salvo para restringir que su información de salud vaya a un plan de salud para realizar pagos, u operaciones de planes de salud, si primero pagó por su propia cuenta y por completo el servicio o artículo de atención médica. Si aceptamos, cumpliremos con la solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. No podemos aceptar restringir las divulgaciones requeridas por ley o para fines de tratamiento.

3. Comunicación confidencial. Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted a una dirección especial o por un medio especial. Por ejemplo, puede solicitarnos que enviemos la correspondencia a una dirección diferente a su hogar. O puede pedirnos que hablemos con usted personalmente por teléfono en lugar de enviar su información de salud por correo. No le pediremos que explique por qué está haciendo la solicitud. Aceptaremos cualquier solicitud que sea razonable.

4. Revisar y recibir una copia de la información de salud. Tiene derecho a revisar la información sobre su salud que tenemos en nuestros registros y a recibir una copia (en papel o en formato electrónico). Esto incluye su solicitud, para que podamos enviar su información de salud a una entidad o persona designada por usted, como por ejemplo un Registro de Salud Personal. Este derecho se limita a su información que se mantiene en los registros que se utilizan para tomar decisiones sobre usted. Por ejemplo, esto incluye registros de salud conductual y registros de facturación. Si desea revisar o recibir una copia de estos registros, debe realizar la solicitud por escrito. Es posible que le cobremos una tarifa por el costo de copiar y enviar los registros. Para solicitar inspeccionar sus registros o recibir una copia, comuníquese con el Funcionario de Privacidad de Valley Behavioral Health. Responderemos a su solicitud en un plazo de 30 días o según lo requiera el contrato. Podemos negarle acceso a cierta información. Si lo hacemos, le daremos la razón por escrito. También explicaremos cómo puede apelar a la decisión.

5. Modificar la información de salud. Tiene derecho a pedirnos que modifiquemos su información de salud que usted cree que no es correcta o no está completa. Debe realizar esta solicitud por escrito y darnos la razón por la que considera que la información no es correcta ni está completa. Responderemos a su solicitud por escrito en un plazo de 30 días. Podemos negar su solicitud si nosotros no creamos la información, si no es parte de los registros, si la información es algo que no se le permitiría revisar o copiar o si es completa y precisa.

6. Informe de las divulgaciones. Usted tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones referentes a su información. Este informe enumerará las veces que le dimos su información de salud a otros. La lista incluirá las fechas de las divulgaciones, los nombres de las personas u organizaciones a quienes se divulgó la información, una descripción de la información y el motivo. Le proporcionaremos la primera lista de divulgaciones que solicite sin costo alguno. Podemos cobrarle por cualquier lista adicional que solicite durante los siguientes 12 meses. Debe indicarnos el período de tiempo que desea que cubra la lista. No puede solicitar un período de tiempo superior a seis años. Las divulgaciones por los siguientes motivos no se incluirán en la lista: divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; divulgaciones de información en un directorio de instalaciones [si corresponde]; divulgaciones para fines de seguridad nacional; divulgaciones al personal de un correccional o policial; divulgaciones que usted autorizó; y divulgaciones hechas directamente a usted

7. Copia en papel de este aviso de privacidad. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Si recibió este aviso electrónicamente, puede recibir una copia en papel comunicándose con el Funcionario de Privacidad de Valley Behavioral Health.

8. Quejas. Tiene derecho a quejarse de nuestras prácticas de privacidad, si cree que se violó su privacidad. Puede presentar su queja ante el Funcionario de Privacidad de Valley Behavioral Health. También puede presentar una queja directamente con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, en la Oficina de Derechos Civiles de EE.UU. U.S Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201. Si recibió tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias ilícitas, puede presentar una queja ante el Fiscal Federal del estado de Utah en 111 South Main Street, Suite 1800, S.L.C., UT 84111. Todas las quejas deben ser por escrito. No tomaremos ninguna represalia en su contra si presenta una queja.

A QUIÉN CONTACTAR

Póngase en contacto con la persona que aparece a continuación:

- Para obtener más información sobre este aviso o
- Para obtener más información sobre nuestras políticas de privacidad, o
- Si desea ejercer alguno de sus derechos, tal como se detalla en este aviso, o
- Si desea solicitar una copia de nuestro aviso actual de prácticas de privacidad.

Valley Behavioral Health Privacy Officer
4460 S. Highland Drive, Ste. 230
Salt Lake City, UT, 84124 801-263-7189
privacy@vmh.com

Copias de este aviso también están disponibles en la recepción de cualquier instalación para tratamiento de Valley Behavioral Health. Este aviso también está disponible por correo electrónico. Póngase en contacto con la persona mencionada anteriormente o envíe un correo electrónico a: privacy@vmh.com. Este aviso también está disponible en nuestro sitio web: <http://www.valleycares.com>