



**MANUAL GENERAL Y  
PROGRAMA DE ORIENTACIÓN  
PARA LAS PERSONAS QUE  
RECIBEN NUESTROS SERVICIOS**

---

**Oficina administrativa de  
Southwest Behavioral & Health Services  
3450 N. 3<sup>rd</sup> St., Phoenix, Arizona 85012  
602-265-8338**

---

Fecha de revisión: 17/4/2024

# LE DAMOS LA BIENVENIDA A

## SOUTHWEST BEHAVIORAL & HEALTH SERVICES

### ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	3
RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE SBH.....	3
LISTA DE SERVICIOS DISPONIBLES EN SBH.....	3
CONSENTIMIENTO PARA SER EVALUADO/A O RECIBIR TRATAMIENTO .....	4
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS POR TELEMEDICINA.....	5
SUS RESPONSABILIDADES COMO PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS EN SBH .....	6
PAUTAS DE ASISTENCIA .....	6
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS .....	7
PLANIFICACIÓN PARA LA TRANSICIÓN O EL ALTA .....	7
HONORARIOS .....	7
SEGURIDAD .....	8
EL CÓDIGO DE ÉTICA DE SBH.....	8
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SBH .....	9
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS VINCULADAS CON LA PRIVACIDAD DE AHCCCS .....	15
CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	18
LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS .....	18
OTROS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE INTERNACIÓN O REHABILITACIÓN ..	20
AVISO SOBRE LOS DERECHOS LEGALES QUE TIENEN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES .....	22
AVISO PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES.....	22
AVISO PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN SERVICIOS DE DROGADICCIÓN O ALCOHOLISMO.....	23
POLÍTICA SOBRE QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES .....	23
PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA, UN RECLAMO O UNA APELACIÓN EN SBH .....	23
ENLACES PARA ACCEDER AL MANUAL DEL USUARIO SEGÚN EL PLAN MÉDICO DE AHCCCS .....	27

## **INTRODUCCIÓN**

**Le damos la bienvenida a Southwest Behavioral & Health Services.** Nos alegra que haya elegido nuestra institución para prestarle servicios. Hace más de cincuenta años que Southwest Behavioral & Health Services (SBH) brinda servicios de salud conductual en Arizona. Esperamos contar con usted para alcanzar sus objetivos de tratamiento.

La información que se ofrece en este documento tiene el fin de ayudarle a cumplir sus metas en SBH. Ante cualquier pregunta que tenga al respecto, hable con un integrante de nuestro plantel, quien lo/a ayudará con gusto. Usted tiene derecho a recibir servicios en el idioma que prefiera. Por eso, si necesita servicios de idiomas en algún momento de la terapia, avísenos.

## **RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE SBH**

- Dar respuesta a todas las personas sin demora y con respeto.
- Proveer tratamiento de calidad para la salud y el consumo de sustancias que satisfaga sus necesidades; trabajar con usted para hacer la transición una vez que haya alcanzados sus metas.
- Construir un vínculo abierto y sincero que sirva para llevar adelante el plan de servicio, alcanzar el máximo beneficio de las prestaciones que reciba y ayudarlo/a para que haga uso de sus fortalezas y recursos para así lograr sus metas.
- Identificar claramente quién coordinará los servicios.
- Brindarle servicios de salud accesibles y económicos en un entorno cómodo y seguro.
- Informarle cuáles son sus derechos y ayudarlo/a a que estos se respeten como persona que recibe servicios, avisarle ante posibles limitaciones a sus privilegios e instruirle sobre cómo debe hacer para recuperarlos.
- Conectarlo/a con otras instituciones para responder a las necesidades que no puede cumplir SBH, como servicios ante una crisis o después de hora.
- Tener un enfoque abierto y colaborativo para solucionar los problemas.
- Brindarle asistencia de idiomas —con personal bilingüe o mediante servicios de interpretación y traducción— sin costo alguno, como persona que recibe servicios de salud y tiene conocimientos limitados de inglés, durante el horario de atención de SBH.

## **LISTA DE SERVICIOS DISPONIBLES EN SBH**

SB&H ofrece una variedad de programas para satisfacer las necesidades únicas de las comunidades a las que servimos. Entre ellas se encuentran:

- Tratamiento Integrado de Salud Mental Ambulatoria
- Atención Primaria
- Servicios de Enfermería
- Servicios psiquiátricos, incluido el control de medicamentos
- Pruebas y evaluaciones psicológicas
- Terapia Individual, Familiar y de Grupo
- Servicios de apoyo entre compañeros y familias
- Tratamiento por consumo de sustancias
- Servicios de Reemplazo de Opioides y Tratamiento Asistido con Medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)
- Navegación de hospitales
- Manejo de casos de alta necesidad
- Evaluación y tratamiento ordenados por el tribunal

- Tratamiento y Educación sobre DUI y Violencia Doméstica/de Pareja Íntima
- Atención Hospitalaria para Personas en Crisis
- Vivienda Residencial
- Programas de Vida Comunitaria
- Servicios en Casa (In-Home) y Servicios de vivienda con apoyo
- Servicios de Prevención
- Alcance comunitario y para personas sin hogar
- Justicia al alcance de la mano (In-Reach)
- Consejería Basada en la Escuela
- Centro de Excelencia para el Autismo del Suroeste (SACE, por sus siglas en inglés)
- InSHAPE™ (Bienestar y Ser Integral de la Persona)

SB&H es uno de los líderes en los Estados Unidos en la provisión de entrenamiento profesional a través del Instituto de Capacitación - Southwest Behavioral & Health Services, un programa de capacitación de pasantías de psicología doctoral acreditado por la Asociación Americana de Psicología. Además, en el 2010 SB&H desarrolló una asociación con la Universidad de Sias en China para participar con consultas, capacitación y educación. SB&H se enorgullece de haber sido acreditado por CARF (una organización sin fines de lucro acreditadora de programas de salud y servicios humanos) durante más de 20 años.

SB&H continúa fomentando un modelo de atención médica completa, mediante la búsqueda de oportunidades y enfoques innovadores de tratamiento que se centren en la atención integrada como elemento central. Estamos comprometidos a trabajar para lograr nuestra misión de brindar atención compasiva para mejorar vidas y comunidades. Proporcionar servicios de asistencia lingüística, incluyendo miembros del personal bilingües, servicios de interpretación y traducción, sin costo alguno para cada beneficiario de servicios de salud con dominio limitado del inglés durante todas las horas de operación. Para obtener una lista completa de los servicios que se ofrecen en SBH, visite nuestro sitio web en [www.sbhservices.org](http://www.sbhservices.org) o contáctenos en [info@sbhservices.org](mailto:info@sbhservices.org).

## **CONSENTIMIENTO PARA SER EVALUADO/A O RECIBIR TRATAMIENTO**

Yo (la persona que se inscribe para recibir servicios) solicito, de forma voluntaria, tener una evaluación o recibir tratamiento en Southwest Behavioral & Health Services (SBH). Asimismo, entiendo, doy mi permiso y acepto lo siguiente, según queda ratificado con mi firma en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales (una persona con autorización legal lo firmará si el paciente no es capaz de dar su consentimiento informado):

- Se me informó sobre los resultados que se esperan obtener, así como la naturaleza del tratamiento propuesto y los procedimientos que este conlleva. Se me comunicaron, además, los riesgos, los efectos secundarios (si los hubiera) y los peligros de no continuar con el tratamiento y otras opciones que existen (en especial aquellas con menos riesgos o efectos secundarios).
- Entiendo que la autorización podrá ser retenida o retirada en cualquier momento sin ningún tipo de sanción punitiva.
- Si bien la información que se obtenga durante la evaluación o el tratamiento —así como mi historial psiquiátrico— es confidencial, esta podrá entregarse a terceros según se disponga legalmente (podrá darse a conocer si contar con mi autorización), como por ejemplo, en una emergencia médica, abuso, abandono, orden judicial, requisitos por reclamos de facturación al seguro, auditorías y evaluaciones del programa, así como en los demás casos que corresponda por ley. En cualquier otra circunstancia, será imprescindible contar con el formulario de

autorización correctamente formalizado (el cual podrá retirarse, hasta la medida en la que se hayan tomado acciones en consonancia con este). Se considerará que aquellas personas que hayan sido derivadas de una escuela u oficial de libertad condicional o bajo palabra han renunciado a sus derechos de confidencialidad con la fuente que los derivó y que las personas contempladas para recibir los beneficios de salud de los títulos XIX y XXI (Medicaid) han renunciado a sus derechos de confidencialidad con el médico de familia.

- Doy mi autorización para que SBH, sus empleados y socios comerciales utilicen y den a conocer mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) con la finalidad de llevar adelante el tratamiento, recibir pagos o realizar operaciones para el cuidado de la salud. Se trata de un formulario de consentimiento conjunto entre SBH y su personal. La autorización sirve para todas las sedes, los centros y los servicios de SBH, y para los empleados relacionados directa o indirectamente con su atención.
- Entiendo lo siguiente: Es preciso que firme el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales para que SBH pueda atenderme. Además, tengo derecho a rescindir este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto hasta el punto en que la institución ya haya procedido en consonancia con este. Por otro lado, tengo derecho a solicitar que se limite la forma en que se usa o comunica mi información de salud personal para que SBH lleve adelante el tratamiento, reciba pagos o realice operaciones para el cuidado de la salud. Entiendo que SBH no tiene la obligación de acceder a la restricción que yo pida que se imponga. Sin embargo, si la institución la aceptara, deberá respetarla. Antes de firmar el formulario mencionado anteriormente tengo derecho a leer el Aviso sobre las prácticas de privacidad, el cual se encuentra publicado en todas las oficinas de la institución y en su sitio web, [www.sbhservices.org](http://www.sbhservices.org). El aviso podrá modificarse en cualquier momento, y el personal profesional de SBH que me atiende podrá entregarme un ejemplar actualizado. SBH acepta mantener mi información de salud protegida según lo estipulado en ese documento. Allí, también se indican cuáles son mis derechos con respecto al uso y comunicación de tales datos.
- El personal profesional analizará mi evaluación o tratamiento. Algunas veces, los profesionales en capacitación, los residentes o los estudiantes de doctorados podrán participar en mis cuidados o en la revisión antedicha (el nombre del supervisor aparecerá en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales).
- El tratamiento que reciba se piensa específicamente para las necesidades que tengo, y puedo experimentar cierta incomodidad emocional a medida que atraviese por el proceso de sanación y recuperación.
- Acepto participar en la planificación del tratamiento en la medida de mis capacidades.
- Entiendo que no hay garantías de que los servicios me resulten beneficiosos.

SBH me enviará mensajes de texto o de voz, o correos electrónicos, para un mejor acceso a las distintas funciones de la institución. Si no quiero recibirlos, deberá destildarse el casillero correspondiente en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS POR TELEMEDICINA**

Yo (la persona que se inscribe para recibir servicios) acepto recibir servicios médicos por telemedicina en Southwest Behavioral & Health Services (SBH). Asimismo, entiendo, doy mi permiso y acepto lo siguiente, según queda ratificado con mi firma en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales (una persona con autorización legal lo firmará si el paciente no es capaz de dar su consentimiento

informado):

- Se me informó cuál es mi diagnóstico, así como los servicios de telemedicina y el plan de tratamiento propuestos. Entiendo que recibiré tales servicios mediante un equipo de videoconferencia interactivo. Entiendo, además, que actualmente no se sabe de ningún riesgo que esté vinculado con recibir atención de esa forma.
- Entiendo que antes de que se me brinde atención, se me mostrará el equipo y veré cómo funciona. Mi participación en este tipo de servicios es voluntaria. Además, puedo negarme a hacerlo o rechazar el uso de grabaciones en cualquier momento. En tal caso, se documentará mi decisión en la historia clínica. Se me informó sobre las consecuencias que puede haber por revocar el consentimiento informado para recibir tratamiento.
- Entiendo que tanto mi privacidad como la confidencialidad de la información se protegerá, aunque existe la posibilidad inherente de que se deje de mantener esta última por usar comunicaciones en formato electrónico. Las probabilidades de que una persona ajena intercepte la videoconferencia son similares a las de que se interfiera una llamada telefónica. Cuando esté en una consulta de telemedicina, se me avisará quiénes están en la sala del otro lado. Deberé identificarme, con datos específicos, cuando use un medio de comunicación electrónica que no sea por video.
- Entiendo que tanto los prestadores sanitarios que estén en el mismo lugar que yo como los que se encuentren en otro lado tendrán acceso a datos médicos relevantes sobre mí, como información psiquiátrica o psicológica, o sobre adicciones al alcohol o a drogas, así como a mi historial de salud mental. Se grabará la información y las imágenes recabadas con el servicio de video interactivo, y posiblemente otras personas las vean con fines específicamente clínicos o educativos. Si así fuera, se me pedirá que firme una autorización ante testigos. Este consentimiento se anexará a mi historia clínica.
- Entiendo que, al tratarse de comunicaciones electrónicas, existe la posibilidad de que se produzcan fallas tecnológicas. Si eso ocurriera, los profesionales de SBH harán todo lo posible para comunicarse conmigo a fin de completar la cita y establecer los pasos a seguir. Ante una crisis, debo contactarme con los servicios de emergencia. El personal de SBH me entregará una lista con los datos de los centros dentro del área con los que debo comunicarme cuando no fuera posible hablar con los profesionales de esta institución.

He leído el presente documento y entiendo que formará parte de mi historia clínica. En este acto, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por telemedicina, según los términos antes establecidos, lo cual queda ratificado con mi firma en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales (una persona con autorización legal lo firmará si el paciente no es capaz de dar su consentimiento informado).

Si no accedo a recibir servicios médicos por telemedicina, según los términos antes establecidos, deberá destilarse el casillero correspondiente en el formulario.

### **SUS RESPONSABILIDADES COMO PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS EN SBH**

- Colaborar con el personal encargado de su tratamiento para elaborar un plan en el que se plasmen sus necesidades de forma adecuada y precisa, además de cómo abordarlas.
- Estar predispuesto/a a forjar una relación honesta y de confianza con ellos.
- Cumplir con las normas del programa que le informe el equipo para optimizar las posibilidades de lograr terminar el tratamiento.

- Informar cualquier conducta que observe que pueda ser perjudicial para el programa o para que el equipo encargado del tratamiento trabaje con usted sin inconvenientes.
- Hacerse responsable de su comportamiento.
- Trabajar para alcanzar las metas establecidas en el plan de servicios, como por ejemplo, respetar las derivaciones y los intentos para trabajar en conjunto con centros de la comunidad a fin de abordar todas las necesidades que tiene.
- No ingresar con ninguna clase de armas a las instituciones de SBH y a fumar únicamente en las zonas designadas para ello.

## **PAUTAS DE ASISTENCIA**

Las siguientes pautas deberán respetarse en el caso de las citas que deban agendarse con anticipación. No son para los programas para personas con discapacidades (Community Living), ni en rehabilitación o con internación. En caso de que deba cumplir con las reglas que aquí se establecen, una persona de SBH se las explicará claramente durante el ingreso.

- Entiendo que cualquier cancelación del mismo día de mi cita es considerada un **no-show** si cancelo mi cita menos de 24 horas antes de mi hora de la cita.
- Después de **una** falta, o cancelación para cualquier Evaluación Psiquiátrica yo entiendo que se me requiere agendar una cita con el/la especialista de compromiso antes de poder reagendar la cita.
- Después de **dos** faltas o cancelaciones a cualquier otra cita yo entiendo que se me requiere agendar una cita con el/la especialista de compromiso antes de poder reagendar cualquier otra cita
- Yo entiendo que mis servicios pueden ser terminados si continuo con asistencia inconsistente incluso después de mi reunión con el/la especialista de compromiso.

## **PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS**

Para recibir los servicios de SBH, debe participar en la elaboración del plan junto con el equipo encargado de su tratamiento. Es muy importante que **se comprometa al 100 %** para pensar y llevar adelante el plan, ya que en ese documento se establece qué, dónde, cuándo y cómo terminará el tratamiento con resultados satisfactorios. Recuerde que el equipo lo acompañará en el proceso, pero **EL PLAN ES SUYO**. Puede modificarlo cuando lo desee. Contendrá las acciones y los objetivos que se comprometerán a realizar tanto usted como los profesionales para que pueda actuar de una mejor manera en su casa y en la comunidad. Es un acuerdo entre usted y ellos, que debe revisarse y actualizarse con regularidad. Hay ciertos servicios, como actuaciones periciales para prestar testimonio en juicios o evaluaciones para la custodia de menores, que SBH no brinda. Hable con el equipo encargado del tratamiento si tiene dudas sobre si aquí damos determinado servicio.

## **PLANIFICACIÓN PARA LA TRANSICIÓN O EL ALTA**

El plan del alta se articula entre dos aspectos: el plan de servicio y su deseo de continuar atendándose en SBH. Por eso, le recomendamos que comience a elaborar ese plan lo más pronto que pueda una vez en tratamiento. Hable sobre el alta lo antes posible y las veces que quiera. Puede dársele el alta por alguno de los siguientes motivos:

- porque alcanzó las metas del tratamiento;
- porque se lo/a transfirió a otra agencia que le brindará servicios;
- porque no cumplió con la asistencia exigida o las recomendaciones de tratamiento;
- porque tiene una conducta violenta o amenazante;
- porque delinquiró.

## **HONORARIOS**

En el momento del ingreso, usted y el médico analizarán su condición financiera y si reúne los requisitos para acceder a servicios con financiación, si corresponde. Se le informará cuál es el cuadro tarifario de SBH y cuánto deberá abonar, si tuviera que pagar algo. Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes, por los cuales pueda haber un cargo asociado. Asumo la responsabilidad personal de todos los copagos, deducibles y servicios no cubiertos, según lo dicte mi cobertura de seguro, además de cualquier costo de cobranza por montos que personalmente me correspondan. Reconozco que no todos los servicios proporcionados por Southwest Behavioral & Health Services pueden estar cubiertos por mi plan de seguro por una o más razones, que incluyen, entre otras, la pérdida de cobertura, exclusiones de mi plan de seguro, la designación del Centro de Salud por parte de mi plan de seguro como proveedor fuera de la red y/o mi omisión al proporcionar mi información de seguro. Comprendo que si tengo AHCCCS y otro plan de seguro, AHCCCS requiere que SBH facture a todos mis otros aseguradores antes de facturar a AHCCCS. Autorizo a mi(s) asegurador(es), incluido Medicare, a enviar el pago directamente a SBH. Entiendo que los pagos deben realizarse **en el momento del servicio** con efectivo, tarjeta de crédito/débito, cheque de cajero o giro postal (NO se aceptarán cheques personales). También entiendo que cualquier medicamento recetado será de mi completa responsabilidad financiera.

Podrán reintegrarse los honorarios en circunstancias especiales. Si considera que deberían modificarse o reembolsarse, hable con el equipo encargado del tratamiento. Ese tipo de solicitud deberá presentarse por escrito. Por lo general, se abonan los aranceles cuando se reciben los servicios y no se reintegran, excepto que el director general de operaciones o el director administrativo analice el tema y lo autorice por existir circunstancias atenuantes.

El personal de SBH no tiene permitido aceptar regalos de las personas que atendemos.

## **SEGURIDAD**

En SBH hacemos el máximo esfuerzo posible para que haya un ambiente sano y seguro para todos. Ante cualquier preocupación que tenga en torno a la seguridad, no dude en informarla al personal en cualquier momento. Estamos obligados a inspeccionar las instalaciones y a realizar simulacros con regularidad. En todo el edificio, verá las rutas de escape que debe utilizar ante una emergencia. Le pedimos que participe en los ejercicios, y que siga las instrucciones del personal para que ni usted ni ninguna de las personas que estén en el establecimiento corran riesgos en el caso de que se produzca una emergencia real.

**Ante situaciones que pongan en peligro su vida o la de otros, llame al 911.** Con los programas de SBH no se brinda atención médica de urgencia.

## **EL CÓDIGO DE ÉTICA DE SBH**

SBH se acoge al «Código de ética y normas de práctica» de la Asociación Estadounidense de Consejería (actualizado en 2014). Por lo tanto, se compromete a brindar la mejor atención, reconociendo la dignidad, el valor, el potencial y la singularidad de cada persona. Además, el funcionamiento de la institución se encuadra dentro de una mirada ética y responsable con el objetivo de que se respeten las normas éticas



tanto en cada arista de la organización como por parte de su personal y directivos en todo momento. El Código de ética se utiliza como marco de referencia para procesar las quejas por temas éticos que se realicen contra algún empleado, sus directivos o Southwest Behavioral & Health Services. Se le brinda este Código porque la institución mantiene el compromiso de informar y educar a las personas que atiende durante todo su tratamiento. Ante cualquier duda al respecto, hable con su médico.

- SBH considera que la mayor responsabilidad del personal que tiene contacto directo con los pacientes es garantizar su dignidad y propiciar su bienestar. Por eso, se los hace participar durante toda la evaluación, el tratamiento y la transición. A cada uno se le entrega un consentimiento informado en la forma y en el idioma que pueda entender.
- En SBH no se los discrimina por el grupo étnico al que pertenecen, ni por su género, edad, raza, religión, orientación sexual, situación socioeconómica, ni por ningún otro motivo. Hacemos todo lo que está a nuestro alcance para respetar la privacidad, las preferencias individuales y la diversidad cultural de cada uno.
- SBH procura mantener en secreto la información que las personas que atendemos les brindan a los médicos y eliminamos toda situación en la que puedan violarse sus derechos o la confidencialidad de su información de salud protegida. Por ese motivo, contamos con políticas y procedimientos para el acceso y el almacenamiento de las historias clínicas, y entregamos información confidencial solo a los médicos que deban tenerla o para el funcionamiento de la institución. SBH le entrega a cada persona un ejemplar del Aviso sobre las prácticas de privacidad (el cual se encuentra en este manual).
- En SBH estamos convencidos de que cada persona a la que atendemos tiene derecho a recibir un tratamiento de calidad en todas las áreas del programa. Para ello, contratamos, capacitamos y supervisamos al personal que tiene trato directo con los pacientes, y evaluamos su rendimiento continuamente. SBH estudia la formación y la trayectoria de cada uno de ellos mientras estén contratados en la institución. En consonancia con las guías regulatorias, el personal calificado lleva a cabo tareas de capacitación y supervisión.
- SBH se esfuerza para brindar servicios de calidad que cumplan con las «prácticas óptimas» en todas las áreas. Los médicos que atienden a los pacientes se mantienen actualizados siempre, y se revisa la calidad de los servicios según las prácticas antedichas mediante diferentes procedimientos de gestión de calidad.
- Todo el personal debe capacitarse en el tema de «límites profesionales» y conocer el Código de ética, el cual se debe respetar siempre.
- SBH emplea, capacita y supervisa a los empleados administrativos y a los que no están en contacto directo con los pacientes para que siempre demuestren tener responsabilidad empresarial en todos los aspectos del funcionamiento diario de la institución.
- Entre las prácticas comerciales, SBH tiene políticas y procedimientos para verificar que se cumplan con los lineamientos federales, estatales y contractuales correspondientes, así como las prácticas que se aceptan generalmente. En SBH, hay «pesos y contrapesos» dispuestos en todos los niveles de la organización, los cuales sirven para monitorear, informar y solucionar los problemas que puedan surgir en torno a tales usos y costumbres.
- SBH instrumenta procedimientos para analizar cómo se fijan y cobran los honorarios. Este aspecto se revisa constantemente con cada persona a la que atendemos.
- En SBH hay métodos para identificar conflictos de intereses que puedan surgir entre el personal, los

gerentes y el consejo. Los tiene también para resolver cualquier inconveniente de esa índole y mantener un control periódico.

- En SBH se analiza el desarrollo y la comercialización de nuevos servicios para eliminar las infracciones que pueda haber al Código de ética, para no afectar la dignidad de las personas a las que atendemos, y para no violar las políticas sobre responsabilidad empresarial.

SBH estableció mecanismos para denunciar infracciones al Código de ética. Pacientes, empleados y miembros del consejo pueden informarlas al 602-265-8338, ext. 4433, o enviar una carta al oficial de cumplimiento de la institución. Las acusaciones son de carácter confidencial y SBH no tiene permitido tomar represalia alguna sobre quien haga este tipo de denuncia.

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SBH**

**Actualizado el 11/10/2023**

### **EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE EXPLICA CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DARSE A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA, ADEMÁS DE CÓMO ACCEDER A ELLA.**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con la Oficial de Privacidad de SB&H (602-265-8338 x4281). El Oficial de Privacidad también puede ser contactado por escrito: Oficial de Privacidad, Southwest Behavioral & Health, 3450 N. 3rd Street, Phoenix, Arizona 85012.

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar la información de salud que tenemos sobre usted. También describe sus derechos para acceder a esta información de salud. "Información de salud protegida" (PHI) es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona a su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados. Este Aviso de Prácticas de Privacidad será seguido por todo el personal de SB&H y se aplica a todos los sitios e instalaciones operados por los servicios de SB&H.

Muchas de nuestras ubicaciones de SB&H están equipadas con cámaras de vigilancia para su seguridad, para disuadir la actividad delictiva y aumentar la seguridad pública. Las imágenes de video de las cámaras de vigilancia podrían usarse cuando se indiquen preocupaciones ilegales, criminales y de seguridad. Las imágenes no se utilizarán para explotar o divulgar la Información de salud protegida sobre usted y / o sus servicios con SB&H. Las publicaciones se ubicarán en las ubicaciones de SB&H que utilizan equipos de cámaras de vigilancia.

**Estamos obligados por ley a proteger su Información de salud protegida, a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad y a proporcionarle información sobre las políticas y prácticas de privacidad de SB&H. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantengamos en ese momento. Publicaremos el nuevo aviso en nuestras Oficinas Administrativas, en cada sitio del programa y en el sitio web de SB&H ([www.sbhservices.org](http://www.sbhservices.org)). Le proporcionaremos cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado si solicita una copia revisada.**

### **Usos y divulgaciones de información médica protegida (PHI)**

#### **A. Usos y divulgaciones para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica**

SB&H usará y divulgará su información médica protegida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su Información de salud protegida que SB&H puede hacer. Estos ejemplos no están destinados a incluir todos los usos posibles de su Información de salud protegida, sino a describir los tipos de usos y divulgaciones que pueden hacer nuestras oficinas.

**Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su Información de salud protegida para proporcionar, coordinar

o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Su Información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por su psiquiatra, nuestro personal de la oficina, su médico y otras personas fuera de esta oficina que están involucradas en su atención y tratamiento con el fin de brindarle servicios de atención médica. Por ejemplo, su Información de salud protegida puede enviarse a un médico al que se le haya referido para asegurarse de que él / ella tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo por una afección médica.

**Pago:** Su Información de salud protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que solicitamos o recomendamos para usted, como determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios, revisar los servicios que se le brindan por necesidad médica y realizar actividades de revisión de la utilización. Por ejemplo, obtener la aprobación para una estadía en el hospital puede requerir que su Información de salud protegida relevante se divulgue al plan de seguro o es posible que tengamos que informarle a su plan de salud sobre los servicios o medicamentos recomendados para obtener la aprobación previa de esos servicios o medicamentos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar su Información de salud protegida para respaldar las actividades comerciales de SB&H. Estas actividades incluyen, entre otras, la auditoría de servicios y registros de facturación, evaluación de calidad, revisión de empleados, actividades de gestión de riesgos, capacitación de miembros del personal, licencias y acreditación. Por ejemplo, SB&H revisa regularmente la calidad y el contenido de las clínicas. Esto requiere que los registros clínicos reales se revisen de forma aleatoria para garantizar que la documentación clínica cumpla con los requisitos reglamentarios bajo los cuales operamos. Además, podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para verlo.

Compartiremos su Información de salud protegida con otras personas que realicen diversas actividades para SB&H. Siempre que se realice un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial implica el uso o la divulgación de su Información de salud protegida, tendremos un contrato escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su Información de salud protegida.

#### **B. Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que se pueden hacer sin su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar.**

Podemos usar o divulgar su Información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización:

- Requerido por la ley: de acuerdo con la ley y solo la información relevante para los requisitos de la ley
- Salud pública: con el fin de controlar la enfermedad, lesión o discapacidad, incluye la notificación a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad transmisible o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición
- Abuso o negligencia: para denunciar abuso/ negligencia infantil o si ha sido víctima de abuso o negligencia
- Supervisión de la salud: a las agencias gubernamentales que supervisan los sistemas de atención médica, los programas de beneficios y / o las leyes de derechos civiles
- Administración de Alimentos y Medicamentos: a una persona o compañía requerida por la FDA para informar eventos adversos, defectos o problemas del producto
- Procedimientos legales y / o respuesta a una orden judicial, en respuesta a un procedimiento judicial o administrativo o en respuesta a una orden legal del tribunal
- Aplicación de la ley: según sea necesario para cumplir con los procesos legales, información limitada para fines de identificación y ubicación, relacionada con las víctimas de delitos que ocurren en las instalaciones de SB&H
- Forenses, directores de funerarias y donación de órganos: para fines de identificación, determinación de la causa de la muerte
- Investigación: para cumplir con la investigación aprobada y revisada por SB&H
- Actividad delictiva: para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o

la seguridad de una persona o del público

- Actividad militar y seguridad nacional: al personal de las Fuerzas Armadas para actividades consideradas necesarias para la autoridad de comando militar, para determinar la elegibilidad para los beneficios de veteranos, para actividades de seguridad nacional o de inteligencia.
- Compensación al Trabajador: para cumplir con las leyes de compensación al trabajador
- Reclusos que reciben servicios de profesionales de SB&H, si su médico de SB&H le brinda servicios mientras está encarcelado
- Usos y divulgaciones requeridos: para cumplir con la Sección 164.502 con fines de investigación según lo solicite el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos

### C. Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que se puedan hacer.

Podemos usar y divulgar su PHI en los siguientes casos. Usted tiene la oportunidad de oponerse al uso o divulgación de la totalidad o parte de su Información de salud protegida. Si usted no está presente o no puede estar de acuerdo u objetar el uso o divulgación de la Información de salud protegida, entonces su médico, utilizando el juicio profesional, determinará si la divulgación es en su mejor interés. En este caso, solo se divulgará la Información de salud protegida que sea relevante para su atención médica.

**Otros involucrados en su atención médica o pago por su atención médica:** De conformidad con A.R.S. 36-509.A.7, podemos divulgar la Información de salud protegida a otras personas, como familiares, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona que identifique cuando recibamos su consentimiento verbal o escrito, si se le ha dado la oportunidad de objetar y no nos dijo una objeción o si inferimos razonablemente, en función de las circunstancias, que usted no se opone. Si no puede aceptar u objetar una divulgación de información, podemos divulgar información si determinamos que es lo mejor para usted. También podemos divulgar la Información de salud protegida sin su consentimiento en circunstancias en las que creemos que se presenta como una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de usted o de otros y creemos que los miembros de su familia u otros pueden ayudar a prevenir la amenaza. Además, podemos notificar a su familia u otras personas identificadas sin su permiso su ubicación, estado general o de su muerte. Finalmente, podemos divulgar la Información de salud protegida a entidades públicas o privadas para ayudar en el esfuerzo de alivio de desastres y para coordinar los usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

**Investigación:** Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar información médica sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar comparar la salud y la recuperación de todos los consumidores que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro, para la misma condición.

Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial aprobado por SB&H que equilibra un proyecto de investigación propuesto y su uso de información médica con la necesidad del consumidor de privacidad de su información médica. Antes de que usemos o divulguemos información médica para la investigación, el proyecto habrá sido aprobado a través de este proceso de evaluación. Casi siempre le pediremos su permiso específico si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección u otra información que revele quién es usted, o si estará involucrado en su tratamiento en SB&H.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Podemos usar o divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Cualquier divulgación solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Barreras de comunicación:** Podemos usar y divulgar su Información de salud protegida si su médico intenta obtener su consentimiento, pero no puede hacerlo debido a barreras de comunicación sustanciales y el médico, utilizando el juicio profesional, determina que tiene la intención de dar su consentimiento para usar o divulgar bajo las circunstancias.

**Según lo exija la ley:** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

## **Usos y divulgación de su Información de salud protegida con su permiso**

Los usos y divulgaciones no descritos anteriormente generalmente se realizarán solo con su permiso por escrito, llamado "autorización". Tiene derecho a revocar una autorización en cualquier momento. Si revoca su autorización, no haremos más usos o divulgaciones de su Información de salud protegida bajo esa autorización, pero no podemos deshacer ningún uso o divulgación que ya hayamos hecho en su autorización anterior.

## **Sus derechos**

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su Información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

- Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su Información de salud protegida. Debe enviar su solicitud por escrito a su médico asignado. Podemos cobrar una tarifa por los costos de copiar el material que solicitó y le proporcionaremos acceso y / o copias dentro de los 30 días (para aquellas personas que han sido identificadas como que tienen una enfermedad mental grave, le proporcionaremos acceso y / o copias de sus registros solicitados dentro de los 10 días hábiles, o proporcionarle una explicación por escrito de por qué SB&H no puede cumplir con la solicitud). Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Puede solicitar que se revise la denegación. La persona que revise la denegación no será la persona que denegó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.
- Tiene derecho a solicitar una restricción de su Información de salud protegida. Debe enviar su solicitud por escrito a su médico asignado. En su solicitud debe indicarnos qué información desea limitar; si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud a menos que nos pida que no enviemos Información de salud protegida a un plan de salud para pago u operaciones de atención médica si la Información de salud protegida es específica de un servicio por el que usted (u otra persona que no sea el plan de salud) ha pagado a SB&H en su totalidad. Si estamos de acuerdo con su solicitud, la cumpliremos, excepto si la información es necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
- Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de SB&H por medios alternativos o en un lugar alternativo. Debe hacer su solicitud por escrito a su médico asignado. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado y debe contener una declaración de que la divulgación de toda o parte de su información médica que está solicitando que se comunique de cierta manera o en un lugar determinado podría ponerlo en peligro.
- Usted tiene derecho a solicitar que su médico modifique su Información de salud protegida. Para solicitar una enmienda, debe enviar su solicitud por escrito a su médico asignado. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no es por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos la información que: no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda; no sea parte de la información médica guardada por SB&H; no sea parte de la información que se le permitiría inspeccionar o copiar; o sea precisa y completa. SB&H responderá a su solicitud de manera oportuna, a más tardar 60 días después de la recepción de la solicitud.
- Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de ciertas divulgaciones que SB&H ha hecho, si las hubiera, de su Información de salud protegida. Debe enviar esta solicitud para obtener una lista o contabilidad de las divulgaciones por escrito a su médico asignado. Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe incluir en qué forma desea la lista. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Podemos cobrar una tarifa por cualquier lista

adicional que solicite. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud antes de que se incurra en cualquier costo.

- Tiene derecho a ser notificado en caso de una violación de la información de salud protegida no segura que involucre su Información de salud protegida.
- Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de nosotros. Puede solicitarnos que le entreguemos una copia impresa del aviso en cualquier momento. Incluso si ha recibido este aviso electrónicamente, todavía tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso en [www.SB&Hservices.org](http://www.SB&Hservices.org).

### **Aviso de Prácticas de Información de Salud**

SB&H participa en un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) sin fines de lucro y no gubernamental llamado Contexture. Este es un servicio gratuito que puede ayudarlo a usted y a sus proveedores de atención médica a coordinar mejor la atención al compartir su información médica de manera segura. Este programa permite que sus médicos y proveedores de atención médica compartan su información de salud, como admisiones y altas hospitalarias, historial médico, análisis de laboratorio y otra información de salud. **Si desea que su médico y sus proveedores de atención médica compartan su información médica de manera electrónica y segura para coordinar mejor su atención, no necesita hacer nada. Sin embargo, si no desea participar en este intercambio de su información de atención médica, deberá optar por no participar.**

#### **Usted tiene derecho a:**

- Pedir una copia de su información de salud que esté disponible a través del HIE. Comuníquese con su proveedor de atención médica y podrá obtener una copia en un plazo de 30 días.
- Solicitar que se corrija cualquier información en el HIE. Si alguna información en el HIE es incorrecta, puede pedirle a su proveedor de atención médica que corrija la información.
- Pedir una lista de las personas que han visto su información a través del HIE. Comuníquese con su proveedor de atención médica y podrá obtener una copia en un plazo de 30 días. Infórmele a su proveedor de atención médica si cree que alguien ha visto su información que no debería haberlo hecho.

A continuación, se detallan sus derechos en virtud del artículo 27, sección 2 de la Constitución de Arizona para evitar que su información médica se comparta electrónicamente a través de la Red. Específicamente, usted puede

- Puede "optar por no participar" en que su información esté disponible para compartir a través del HIE. Para optar por no participar, solicite a SB&H el Formulario de exclusión. Después de enviar el formulario, su información no estará disponible para compartir a través del HIE. **Precaución:** Si opta por no participar, su información de salud NO estará disponible para sus proveedores de atención médica, incluso en caso de emergencia.
- Puede excluir parte de la información para que no se comparta. Por ejemplo, si consulta a un médico y no desea que esa información se comparta con otras personas, puede evitarlo. En el formulario de exclusión, complete el nombre del proveedor de atención médica para obtener la información que no desea compartir con otras personas. **Precaución:** Si ese proveedor de atención médica trabaja para una organización (como un hospital o un grupo de médicos), es posible que se bloquee la vista de toda la información de ese hospital o grupo de médicos.
- Si opta por no participar hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando un formulario de reincorporación que puede obtener de SB&H.
- Si no hace nada hoy y permite que su información de salud se comparta a través del HIE, puede optar por no participar en el futuro.

## **Quejas**

Puede presentar una queja ante SB&H notificando a nuestro Oficial de Privacidad de su preocupación con respecto al manejo de su Información de salud protegida. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad, 602-265-8338 x4281 o [privacyofficer@sbhservices.org](mailto:privacyofficer@sbhservices.org) para obtener más información sobre este proceso.

Las quejas deben presentarse por escrito. También puede presentar su queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad.

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS VINCULADAS CON LA PRIVACIDAD DE AHCCCS**

**EN ESTA SECCIÓN, SE SEÑALA CÓMO PUEDE USARSE Y ENTREGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALA CON DETENIMIENTO.** Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013.

### **Prácticas de confidencialidad:**

El Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS por sus siglas en inglés) y la Administración de Grupos de Atención Médica (HCGA) harán su mayor esfuerzo para mantener la privacidad de su información de salud. Aquí se informa cómo y cuándo AHCCCS utilizará, compartirá y protegerá sus datos. Además, se indican cuáles son sus derechos para mantener la confidencialidad de estos. Si alguno de los parámetros se modifica, le enviaremos un aviso 60 días antes de que se implementen los cambios.

El plan médico y sus doctores y prestadores sanitarios también deberían entregarle un aviso similar en el que se indique cómo usan, comparten y protegen su información. Allí se le tiene que informar cómo debe hacer para elevar una queja ante ellos por problemas que pueda haber en torno a la privacidad de sus datos.

### **Usar, compartir y proteger su información de salud:**

AHCCCS solo puede utilizar o compartir su información de salud cuando sea preciso para llevar adelante nuestro trabajo, cuando tengamos que compartirla para ejecutar el programa de AHCCCS y que usted obtenga la atención que necesita y para garantizar que se le pague a sus prestadores sanitarios. El plan médico y los prestadores deberán mantener la privacidad de toda información de salud que les entreguemos.

Cada vez que le damos la información a alguien para poder manejar el programa de AHCCCS, tal individuo debe dejar plasmado por escrito que respetará la confidencialidad.

Solicitaremos, usaremos y compartiremos su información para decidir si nos haremos cargo del pago de la atención y para constatar que está recibiendo los cuidados adecuados. Por ejemplo, los médicos y el personal de enfermería que trabaja con nosotros podrían leer el plan de tratamiento de su doctor para corroborar que la atención que se le da es necesaria.

### **AHCCCS y HCGA usarán su información de salud y la compartirán con los siguientes fines:**

- Decidir qué corresponde abonarle al plan médico.
- Pagarle al seguro médico y a los prestadores sanitarios.
- Coordinar el pago por su atención. Usamos y compartimos su información para confirmar que abonamos lo que corresponde por su cuidado, que no pagamos lo que debería afrontar otra entidad aseguradora y para verificar que el prestador sanitario no reciba el pago de sus honorarios más de una

vez.

- Coordinar su atención. Compartimos la información con AHCCCS y con otros planes médicos, así como con sus doctores y otros prestadores, para hacer que el cuidado que reciba sea mejor.
- Evaluar el desempeño de los prestadores sanitarios y de los planes médicos. Podremos usar cierta información para saber si el plan médico, los doctores y demás prestadores están trabajando como deben. Por ejemplo, analizamos las historias clínicas de los hospitales para constatar la calidad de la atención que se le brinda.
- A veces, les entregamos información a los abogados, contadores y asesores para que nos ayuden a manejar el programa correctamente y con eficacia y también para identificar casos de fraude o excesos en el programa e iniciar las acciones legales correspondientes.
- Podemos utilizar sus datos para enviarle información útil por correo postal sobre cómo elegir un plan médico, acerca de cambios en la atención que puede recibir o sobre exámenes de salud gratuitos, así como información de protección al consumidor.
- Si AHCCCS no seguirá costeadando su atención, podremos entregarle cierta información al gobierno federal para que le ayuden a obtener otro seguro médico. Quizás hasta contribuyan con el pago de las primas.
- A veces les entregamos información a organismos o entidades gubernamentales que brindan beneficios o servicios que no son seguros médicos si usted nos indicó previamente que le interesaba recibir lo que tales instituciones ofrecen.

**El programa podrá dar a conocer su información de salud a las personas, en las circunstancias o con los fines que se señalan a continuación:**

- A los organismos de salud pública con el fin de frenar el contagio de enfermedades y para informar problemas con fármacos o insumos médicos.
- A cuerpos de seguridad o agencias gubernamentales, si usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.
- A otras agencias gubernamentales a cargo de dirigir el programa Medicaid, como puede ser el Departamento de Salud y Servicios Humanos y su Oficina de Derechos Civiles.
- En casos judiciales y audiencias administrativas cuando, por ley, debemos hacerlo.
- A médicos o peritos forenses y funerarias para que puedan llevar adelante su actividad profesional.
- A asociaciones dedicadas a la donación y al trasplante de órganos y a otras organizaciones para que puedan hacer el seguimiento de enfermedades contagiosas o cáncer.
- A grupos, tales como universidades, que tienen permitido por ley hacer investigaciones con su información.
- Con el fin de anular una amenaza seria a la salud y la seguridad de una persona en particular o de la población general.
- A los servicios militares si usted forma o formó parte de las fuerzas armadas.
- A centros penitenciarios o encargados de la seguridad pública, si usted está en una cárcel o penitenciaría, con el fin de mantenerlas en condiciones de seguridad y salubridad.
- A programas de indemnización laboral que abonan beneficios por lesiones o enfermedades laborales.
- A entidades encargadas de la seguridad pública o *nacional* y a agencias de inteligencia y para proteger al presidente y a otras personas según lo disponga la ley.

**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS VINCULADAS CON LA PRIVACIDAD DE AHCCCS**

**Sobre sus derechos a la privacidad:**

No se entregará su información de salud sin su permiso escrito, a excepción de las instancias que se señalan en el presente documento o cuando así lo exija la ley. Si quiere autorizar a otras personas para que obtengan sus datos, debe completar el formulario correspondiente («AHCCCS Authorization to



Disclose»). Podrá anularlo por escrito cuando lo desee. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de motivos por los que necesitamos contar con su permiso por escrito:

- para usar o compartir su información de salud para la comercialización de nuestros servicios;
- para entregar sus notas de psicoterapia;
- para vender su información de salud.

Cuando quiera retirar su autorización, envíe una carta a AHCCCS a la dirección que se indica más adelante. No podemos usar ni compartir su información genética para tomar decisiones sobre su seguro médico.

## **TODA SOLICITUD A AHCCCS DEBE HACERSE POR ESCRITO.**

**Entre los derechos que tiene en relación con su información de salud, cabe mencionar los siguientes:**

- Tiene derecho a leer su historia clínica y a obtener un ejemplar. Se le cobrará un importe para hacer las copias.
- Tiene derecho a solicitar que se modifique o corrija su historia clínica si considera que hay un error. Debe indicar el motivo por el que pide tales cambios.
- Tiene derecho a obtener una lista de las instancias en las que les hayamos entregado su información a terceros. Allí aparecerán solamente los momentos en los que lo hayamos hecho por una razón que no haya sido para ayudarlo/a en su tratamiento, pagarle a sus doctores y demás prestadores sanitarios o colaborar para que empresas como su aseguradora puedan cumplir con las obligaciones de su actividad comercial. En el listado no habrá datos que se le hayan dado a usted o a su familia directamente, ni tampoco aquellos que se hayan entregado porque usted nos dio su permiso por escrito.
- Aviso sobre vulneración de datos: Si AHCCCS utiliza o comparte su información indebidamente, le avisaremos de inmediato.
- Otros usos y divulgaciones restringidos de su información de salud: Debe informarle a AHCCCS qué datos no quiere que se compartan y a quiénes no quiere que se les entregue la información. AHCCCS no está obligado a cumplir con el pedido.
- Retirar el permiso que le dio a AHCCCS para que comparta su información: Hacerlo no modificará los datos que ya se hayan entregado a terceros.
- Elegir cómo debemos comunicarnos con usted: Indique cómo y dónde prefiere que nos contactemos.
- Tiene derecho a presentar una queja si no concuerda con la forma en la que AHCCCS utilizó o compartió su información.
- Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

## **TODA SOLICITUD A AHCCCS DEBE HACERSE POR ESCRITO.**

**Cómo comunicarse con AHCCCS por sus derechos a la privacidad:** Envíe todos los formularios completos, solicitudes y correspondencia a la siguiente dirección:

**AHCCCS Administration**  
ATTN: Privacy Officer  
701 East Jefferson, MD 6200  
Phoenix, AZ 85034

Puede ocurrir que el oficial encargado de la privacidad no le permita acceder a su historia clínica, obtener un ejemplar o modificarla. En caso de que eso pase, se le enviará una carta para explicarle los motivos y se le indicará si puede solicitar que se revea la decisión. Se le informará cómo presentar una queja ante AHCCCS o el Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Oficina de Derechos Civiles.

**Cómo presentar una queja:** Puede presentar una queja ante AHCCCS o el Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Oficina de Derechos Civiles. A continuación, se indican los datos para enviar la correspondencia:

**AHCCCS Administration**  
ATTN: Privacy Officer  
701 East Jefferson, MD 6200  
85034  
San Francisco, CA 94103

**Region IX, Office for Civil Rights**  
Medical Privacy, Complaint Division  
U.S. Depart. Of Health and Human Services Phoenix, AZ  
90 7th Street, Suite 4-100

**Para obtener más información:**

Ante cualquier pregunta que tenga, comuníquese con el oficial encargado de la privacidad de AHCCCS. AHCCCS puede modificar sus prácticas sobre la privacidad, lo cual repercutirá en la información que ya tengamos y la que obtengamos más adelante. Podrá acceder al aviso actualizado en las oficinas administrativas de AHCCCS o en nuestro sitio web. Puede solicitar un ejemplar del comunicado vigente cuando lo desee o ingresar a [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov).

**Para comunicarse con AHCCCS:** Llame al 602-417-4000 desde los códigos de área 480, 602 o 623. Para hablar desde otras partes de Arizona, marque 1-800-654-8713.

***CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS***

Por las leyes y reglamentaciones federales, la confidencialidad de los registros sobre drogadicción o alcoholismo está protegida. Esta disposición alcanza a las personas que hayan recibido tratamiento en nuestros programas contra las adicciones, a quienes se les haya diagnosticado su consumo abusivo aquí o a quienes se los haya derivado para recibir tratamiento en nuestra institución. En términos generales, no le diremos a nadie ajeno al programa que usted asiste a este, ni se entregará información que pueda identificarlo/a como alguien que tiene un consumo problemático de alcohol o drogas, excepto que se presente alguna de las siguientes situaciones:

- usted nos dé su permiso escrito para hacerlo;
- haya una orden judicial que autorice la entrega;
- la información se le brinde a personal médico ante una emergencia de salud o a personal calificado para llevar adelante investigaciones, auditorías o evaluaciones del programa; o
- usted amenace con cometer un delito en las instalaciones o contra una persona que trabaja para SBH.

Según las leyes y reglamentaciones federales que rigen los temas de privacidad, podemos denunciar casos de supuesto abuso o abandono de menores ante las autoridades estatales correspondientes en virtud de la legislación del estado. Consulte la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales para conocer cuáles son las normas federales por las que se rige la confidencialidad de las historias clínicas sobre el consumo problemático de alcohol y drogas.

***LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS***

- A. SBH procura que:
1. Toda persona que recibe servicios sea tratada con dignidad, respeto y consideración.
  2. La persona que recibe servicios no sea víctima de:
    - a. abuso,
    - b. abandono,
    - c. explotación,
    - d. coerción;

- e. manipulación;
- f. abuso sexual;
- g. agresión sexual;
- h. sujeción o aislamiento, excepto según lo dispuesto en la sección R9-10-316;
- i. represalias por presentar una queja ante ADHS u otra autoridad; ni
- j. la apropiación indebida de bienes personales y privados por parte del personal de SBH, empleados, voluntarios o estudiantes.

3. La persona o su representante:

- a. dé su consentimiento para el tratamiento o lo rechace (excepto en una emergencia);
- b. pueda rechazar el tratamiento o retirar su autorización antes del inicio, a no ser que este haya sido pedido por un tribunal según el título 36, capítulo 5, de los estatutos revisados de Arizona (A.R.S.), sea esencial para salvar la vida o la salud de la persona, o se brinde según la sección 36-512 de dichos estatutos;
- c. reciba información sobre las opciones que existen al medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto, así como los riesgos y las complicaciones que puede haber (excepto en una emergencia);
- d. tenga información sobre lo siguiente:
  - i. la política sobre las directivas del cuidado de la salud; y
  - ii. el procedimiento para presentar quejas;
- e. dé su autorización previa para que se la fotografíe (excepto si se le toma una foto en el momento del ingreso para identificarla y cumplir con cuestiones administrativas); y
- f. excepto según lo dispuesto legalmente, brinde su consentimiento para que se entregue la siguiente documentación:
  - i. su historia clínica; y
  - ii. los registros financieros.

B. La persona que recibe servicios tiene los derechos que se enumeran a continuación:

- 1. A que no se la discrimine por su raza, nacionalidad de origen, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
- 2. A recibir un tratamiento que sea adecuado según su propia individualidad, elecciones, fortalezas y capacidades.
- 3. A que se mantenga la privacidad del tratamiento y del cuidado que reciba para atender a sus necesidades personales.
- 4. A acceder, previa solicitud, a su historia clínica según las secciones 12- 2293, 12-2294 y 12-2294.01 de los estatutos revisados de Arizona.
- 5. A que se la derive a otra institución de salud si SBH no puede brindarle los servicios para la atención de sus cuadros físicos o de salud conductual.
- 6. A ser parte de la planificación de su tratamiento o en las decisiones que se tomen al respecto —o que su representante lo sea—.
- 7. A participar o negarse a participar en tratamientos experimentales o de investigación.
- 8. A recibir la ayuda de un familiar, representante u otra persona para entender, proteger o hacer valer sus derechos.

## **OTROS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE INTERNACIÓN O REHABILITACIÓN**

- A. SBH procura que:
1. La persona que recibe servicios no sea víctima de:
    - a. que se le dé el alta o se la transfiera —o se la amenace con ello— por motivos que no estén relacionados con sus necesidades de tratamiento, excepto según se haya establecido en un convenio de honorarios firmado por la propia persona o su representante;
    - b. un tratamiento en el que se le niegue:
      - i. la comida;
      - ii. la posibilidad de dormir; o
      - iii. la posibilidad de ir al baño.
  2. Excepto según lo estipulado en la subsección B, la persona que recibe servicios tenga permitido:
    - a. relacionarse con las personas que ella elija, recibir visitas y realizar llamadas telefónicas en el horario establecido;
    - b. que se respete la privacidad de sus cartas, comunicaciones, visitas, asuntos financieros e higiene personal; y
    - c. enviar y recibir cartas cerradas y sin censura, excepto que ello sea denegado por una orden judicial.
- B. Si el director médico o clínico de SBH establece que, por el tipo de tratamiento que recibe la persona, se debe limitar su participación en las actividades descritas en A (2), el directivo:
1. registrará en la historia clínica el propósito específico por el cual se justifica que se la aparte de la actividad;
  2. le comunicará al paciente el motivo de la restricción; y
  3. le informará sobre su derecho a presentar una queja, así como el procedimiento para hacerlo.
- C. Además de los derechos que se les dan a todas las personas que reciben tratamiento, quienes están en modalidad de internación o rehabilitación tienen otros derechos, a saber:
1. A recibir un tratamiento que:
    - a. sirva de sostén para las libertades de la persona, y estas solo se vean restringidas por lo que se disponga en una orden judicial, según el consentimiento general de la persona o en virtud de lo dispuesto en la sección R9 del capítulo 10; y
    - b. se brinde en un entorno que cumpla con las necesidades de tratamiento que tenga la persona y con las menores restricciones posibles.
  2. A que se respete la privacidad del tratamiento y la atención, lo cual comprende el derecho a que no se le tomen las huellas dactilares, no se la fotografíe ni grave sin su autorización, excepto en las siguientes circunstancias:
    - a. puede fotografiársela en el momento del ingreso para identificarla y cumplir con cuestiones administrativas;
    - b. si recibe tratamiento según el capítulo 37 del título 36 de los estatutos revisados de Arizona;
    - c. en grabaciones de video por temas de seguridad que solo se guardan por cierto tiempo; o
    - d. según lo dispuesto en la sección R9-10-316(7).
  3. A que no se le impida ejercer sus derechos civiles, excepto que se haya formalizado que es incompetente o que un tribunal con jurisdicción haya dictaminado que la persona no es capaz de ejercer un derecho específico o una categoría de derechos.
  4. En el caso de las personas que reciben tratamiento de rehabilitación, estas tienen derecho a que se les proporcione un espacio de guardado para dejar sus pertenencias bajo llave mientras estén en el centro.
  5. En el caso de las personas que reciben tratamiento de rehabilitación, estas tienen derecho a que se les dé la posibilidad de relacionarse con otras personas y realicen actividades sociales,

recreativas o de rehabilitación a diario.

6. A que se le informe cuáles son los requisitos para que se le dé el alta o se la transfiera a un lugar con menos restricciones.

## **AVISO SOBRE LOS DERECHOS LEGALES QUE TIENEN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES**

Si usted sufre una enfermedad mental grave, la legislación federal y estatal le confiere derechos legales. A continuación, se señalan algunos de ellos:

- Tiene derecho a recibir servicios de salud mental según sus necesidades individuales.
- Tiene derecho a participar en todas las etapas del tratamiento, incluso a estar en las reuniones que se realicen para tratar su plan de servicio individualizado (ISP por sus siglas en inglés).
- Tiene derecho a que se le entregue un plan de alta en el momento de la externación hospitalaria.
- Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento (excepto en una emergencia o si este es para cumplir con una orden judicial).
- Tiene derecho a recibir tratamiento en un entorno que sea lo menos restrictivo posible.
- Tiene derecho a que no se lo/a sujete ni aisle innecesariamente.
- Tiene derecho a no ser víctima de abuso físico, sexual o verbal.
- Tiene derecho a que se respete su privacidad (correos, visitas, conversaciones telefónicas).
- Tiene derecho a presentar una apelación o un reclamo si no está de acuerdo con los servicios que se le brindan o si se violan sus derechos.
- Tiene derecho a elegir uno o más representantes para que lo/a ayuden durante las reuniones para tratar el ISP y para presentar reclamos.
- Tiene derecho a que se le asigne un gestor de casos para obtener los servicios que necesita.
- Tiene derecho a que se le entregue un ISP en el que se establezcan los servicios que recibirá.
- Tiene derecho a relacionarse con otras personas.
- Tiene derecho a que se respete la confidencialidad de su historia clínica psiquiátrica.
- Tiene derecho a recibir un ejemplar de su historia clínica psiquiátrica (a no ser que no fuera lo mejor para usted).
- Tiene derecho a apelar una orden judicial de internación involuntaria, a consultar con un abogado y a solicitar una revisión judicial de tal decisión cada 60 días.
- Tiene derecho a que no se lo/a discrimine en cuestiones laborales o habitacionales.

Si desea obtener información sobre sus derechos, solicite un ejemplar del folleto «Sus derechos en Arizona como persona con una enfermedad mental grave» (en inglés: Your Rights in Arizona as an Individual with Serious Mental Illness) o comuníquese con la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Servicios de Salud al 1-800-421-2124.

## **AVISO PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES**

### **Aviso sobre la prohibición de la discriminación**

En las secciones 36-506 y R9-21-101(B) de los estatutos revisados de Arizona, se establece lo siguiente:

- A. A las personas que sean evaluadas o que reciban tratamiento en virtud de ese capítulo no podrá negárseles ningún derecho civil, como por ejemplo, el derecho a hacer uso de sus bienes, iniciar y recibir demandas, celebrar vínculos contractuales o votar. El hecho de que una persona sea evaluada o reciba tratamiento según ese capítulo a pedido de un tribunal no confirma que sea incompetente legalmente, excepto según lo previsto en la sección 36-512 de dichos estatutos.
- B. No se discriminará de ninguna forma a aquella persona que sea o haya sido evaluada o que reciba o haya recibido tratamiento en una institución por un trastorno mental. A continuación, se enumeran algunos motivos de discriminación que están prohibidos:
1. buscar trabajo;
  2. retomar su práctica profesional u ocupación anterior o continuarla;
  3. conseguir una vivienda o mantener la que tiene;
  4. obtener o conservar licencias o permisos, como por ejemplo, la licencia de conducir, profesional u

- ocupacional, o como operario de vehículos o chófer.
- C. A los fines de esta sección, por «discriminación» se entiende que se le nieguen sus derechos civiles a alguien por internaciones o atención y tratamiento ambulatorios que no guarden relación con su capacidad actual de cumplir con las normas que abarcan al resto de los individuos. En las solicitudes para ocupar puestos laborales, obtener licencias o una vivienda no se pedirá información que promueva ese tipo de discriminación.
- D. En el momento del alta del tratamiento o al concluir su evaluación, la institución le entregará al paciente un aviso escrito sobre las disposiciones estipuladas en esa sección.

## **AVISO PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN SERVICIOS DE DROGADICCIÓN O ALCOHOLISMO**

### **Política 320-T del Manual con las políticas de salud de AHCCCS**

Los prestadores que brindan servicios para tratar el abuso de sustancias que reciban financiación federal por parte de la Administración de Servicios por Abuso de Sustancias y Servicios Mentales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos —entre los que se encuentra esta institución— no pueden discriminarlo/a por su religión o creencias religiosas, porque se niegue a profesar un credo o se rehúse a participar activamente en una práctica religiosa.

Si no concuerda con el carácter religioso de esta organización, tiene derecho según la ley federal a solicitar que se lo/a derive a otro prestador que brinde servicios de drogadicción o alcoholismo. Deben derivarlo y darle otros servicios dentro de los 7 días de que los haya solicitado, o antes si su estado de salud lo justifica. El otro prestador debe estar disponible y poder brindarle tales servicios. La calidad de la atención suministrada por este no debe ser inferior a la que hubiera recibido en esta institución.

## **POLÍTICA SOBRE QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES**

En el momento del ingreso, todas las personas que atendamos o sus representantes recibirán un ejemplar de la política y del procedimiento sobre reclamos y apelaciones de SBH, conforme con la política y las normas de habilitaciones y acreditaciones de la institución. En el documento se describen los derechos y los procedimientos relativos a la presentación de una queja, un reclamo o una apelación. Además, en cada centro se colgará una copia en un lugar destacado.

El personal de SBH debe facilitar el proceso para que cada una de las personas que recibe servicios pueda ejercer los derechos relacionados con esos procedimientos. Además, los pacientes deben poder entender los formularios para elevar quejas, los cuales tienen que estar siempre a disposición. Si lo solicitan, se los ayudará a completar y enviar los formularios para elevar quejas, reclamos o apelaciones. Está prohibido que el personal tome represalias contra quien haga ese tipo de presentaciones o medidas extorsivas contra el empleado que los haya asistido.

Como parte de la capacitación continua para siempre respetar los derechos de todas las personas que atendamos, el personal conoce los procesos para efectuar quejas, reclamos o apelaciones. Con el objetivo de que nunca se violen los derechos de las personas que reciben tratamiento, se harán jornadas de actualización en cuanto haya modificaciones en los estatutos, los lineamientos o las políticas y los procedimientos de la institución.

## **PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA, UN RECLAMO O UNA APELACIÓN EN SBH**

### **Propósito:**

Velar por que las personas que atendemos en SBH cuenten con la información y la orientación adecuadas para presentar una queja, un reclamo o solicitar una apelación por decisiones sobre sus tratamientos.

### **Referencias:**

La sección 431.200 del título 42 del Código de Regulaciones Federales y el título 45 del mismo código (HIPAA).

El capítulo 446 del Manual de Operaciones con Contratistas de AHCCCS (ACOM).

### **Definiciones:**

**Queja:** Expresión de insatisfacción por cualquier tema, excepto por una acción o por acusaciones de violaciones a los derechos de una persona que tiene una enfermedad mental grave.

**Reclamo o pedido de investigación:** Queja que presenta una persona que tiene una enfermedad mental grave u otra parte interesada en la que se manifiesta que se violaron sus derechos, o una situación que amerita que se investigue lo sucedido.

**Apelación:** Proceso por el cual una persona solicita que se revea una acción u otro tipo de decisión desfavorable.

**Acción:** El rechazo de un servicio solicitado, o su suspensión, reducción o finalización, así como autorizaciones limitadas para recibirlo.

**Aviso de acción tomada:** Documento que se le entrega a una persona que recibe atención cuando se tomó una acción que repercute en un servicio solicitado.

### **Procedimiento:**

**A. Quejas:** Pueden presentarse por vías informales ante SBH (una queja interna) o formales ante una entidad externa.

#### **B. Presentar una queja informal ante SBH**

1. En SBH recomendamos que quien desee presentar una queja hable sobre lo que le preocupa directamente con el personal o con un supervisor que corresponda según el programa. Hay un formulario para dejar las quejas informales por escrito (SBH Complaint Form). Si no, puede optar por presentar la queja ante las autoridades regionales de salud conductual (RBHA por sus siglas en inglés), el plan médico o AHCCCS en el momento que quiera, según se establece más adelante en la sección C.
2. Si no se soluciona el problema satisfactoriamente dentro del programa, se le indicará que presente una queja por escrito ante el coordinador o el director del programa lo antes posible. Por lo general, se pautará una cita en persona dentro de las 48 horas de haberse recibido la queja, ya sea verbalmente o por escrito.
3. Si lo necesita, el personal la ayudará a presentar una queja por escrito. Una vez enviada (ya sea a SBH o a una entidad externa), los empleados deben completar el informe del incidente. La documentación que sirve para dejar asentado que se presentó una queja (una copia de la queja por escrito) debe guardarse en la historia clínica, pero el informe del incidente no.
4. Si la persona considera que el problema no se resolvió satisfactoriamente, las quejas pueden elevarse a niveles superiores dentro de SBH, como al director del programa, al vicepresidente o al presidente o director general de la institución. SBH analizará la queja escrita dentro de los 7 días hábiles de haberse recibido en cada nivel jerárquico e intentará solucionarlo dentro de los 30 días.

#### **C. Presentar una queja formal ante otras entidades**



1. Las entidades que se señalan a continuación tienen procesos que funcionan de forma independiente a los procedimientos internos de SBH que se explicaron en los puntos anteriores. Se puede presentar una queja directamente ante estos organismos cuando se desee. Nuestro personal no impedirá que lo haga, sino que lo/a ayudará, si así lo solicita.

**a. Servicios con el financiamiento de la autoridad regional de salud conductual**

**(RBHA):** Las personas que reciban servicios mediante RBHA pueden presentar una queja directamente ante ese organismo. A continuación, le informamos los datos para comunicarse según la zona:

- En los condados de Maricopa y Gila: Mercy Care: 602-586-1841 o 1-800-564-5465 (711 teléfono de texto/para sordos).
- En el norte de Arizona: Care1st 1-866-560-4042 (o 1-800-367-8939 teléfono de texto/para sordos).
- En el sur de Arizona: Arizona Complete Health: 1-866-495-6738 (1-877-613-2076 teléfono de texto/para sordos).

b. Por reclamos por abuso físico, sexual o por el fallecimiento de una persona:

- AHCCCS/OAL: Escriba a la oficina que recibe quejas y apelaciones sobre salud conductual (Behavioral Health Grievance and Appeals Office of Grievance and Appeals) a 701 E. Jefferson St. Phoenix, AZ 85034. O llame al teléfono de atención al consumidor de AHCCCS, 1-800-867-4558 o 602-364-4558.

c. Además, quienes tengan un diagnóstico de una enfermedad mental grave pueden solicitar asistencia en:

- la Oficina de Derechos Humanos al 602-364-4585 o 1-800-421-2124.

**d. Servicios de habilitaciones del Departamento de Servicios de Salud de Arizona**

**(ADHS):** Las personas que reciben servicios en SBH pueden presentar una queja directamente ante ADHS:

- i. Clínicas ambulatorias y unidades de internaciones - Dirección de habilitaciones de centros médicos (Outpatient Clinics and Inpatient Units- Bureau of Medical Facilities Licensing): 602-364-3030; 150 N. 18th Avenue, 4<sup>th</sup> Floor Phoenix, AZ 85007.
- ii. Centros de rehabilitación – Licencia de Establecimientos de salud conductual (Residential Treatment Facilities- Bureau of Behavioral Health Facilities Licensing): 602-542-3422; 150 N. 18th Avenue, 4<sup>th</sup> Floor Phoenix, AZ 85007.

2. Puede solicitársele a SBH que entregue ciertos documentos para agilizar la investigación de una entidad externa. Además, quizás el personal de nuestro centro tenga que colaborar en las averiguaciones. En todo caso, se hará con el conocimiento de su supervisor.

3. Si, a raíz de las investigaciones, se confirma la queja, posiblemente SBH deba tomar medidas correctivas para resolverla. De ser así, deberá informársele al Departamento de Gestión de Riesgos.

## **D. Reclamos y pedidos de investigación**

1. Reclamos:

a. Una persona a la que se le haya diagnosticado una enfermedad mental grave u otra parte interesada en su nombre podrá presentar un reclamo o un pedido de investigación de forma verbal o por escrito por las siguientes acusaciones:

- se violaron los derechos de la persona;
- hay o hubo una situación que debe investigarse.

b. La presentación debe realizarse dentro de los 12 meses de haberse producido alguno de los supuestos indicados. Para enviar el reclamo por escrito, debe pedir el **formulario para apelaciones ante AHCCCS o por reclamos de una persona con una enfermedad mental grave (anexo A de la política 446 del Manual de Operaciones con Contratistas de AHCCCS, ACOM)**.

c. Los reclamos o los pedidos de investigaciones se presentan ante la RBHA en la que esté inscrita la persona con una enfermedad de salud grave (véase la sección Quejas C.1.a).

d. El personal de SBH debe ayudar a las personas a presentar un reclamo o un pedido de investigación oral o por escrito, si así lo solicitan. Si un empleado tiene motivos para creer que se violaron derechos o que se produjo una situación que amerita investigarse, este debe procurar que se presente un reclamo o un pedido de investigación.

e. La documentación sobre la presentación debe guardarse tanto en la historia clínica como en el Departamento de Gestión de Riesgos. Además, para los reclamos, en SBH debe completarse el informe del incidente.

f. El personal debe colaborar con las averiguaciones brindando la información que soliciten RBHA, ADHS o AHCCCS y tomar acciones lógicas y rápidas para proteger la salud y la integridad física de las personas involucradas.

## 2. Apelaciones:

### a. Apelar acciones

i. SBH les informará a los pacientes (o tutores), según lo dispuesto por RBHA o AHCCCS, de toda acción que repercute en los servicios que se les brindan en la institución. Para ello, cumplirá con los requisitos del Aviso sobre Negación de Beneficios descritos en el capítulo 414 del Manual de Operaciones con Contratistas de AHCCCS.

ii. Las personas que atendemos (o sus tutores) tienen derecho a apelar tales acciones. En cada aviso se incluyen las instrucciones y los plazos concretos para apelar.

b. Apelaciones específicas para las personas que solicitan que se establezca que padecen una enfermedad mental grave o que ya obtuvieron ese diagnóstico: Dichos individuos pueden apelar otro tipo de decisiones, como por ejemplo, sobre las siguientes cuestiones:

- si cumplen con los requisitos para que se dictamine que sufren una enfermedad mental grave;
- si necesitan recibir servicios de salud conductual, en qué momento corresponde la atención o si debe continuarse con la cobertura; y
- los costos o los copagos de los servicios de salud conductual.

c. Cuando corresponda, el personal de SBH les entregará a las personas que reúnan las condiciones la siguiente documentación: el Aviso sobre decisiones y el derecho a apelar de AHCCCS (anexo C de la política 444 del ACOM) o el Formulario para apelaciones ante AHCCCS o por reclamos de una persona con una enfermedad mental grave (anexo A de la política 446 del ACOM), según se indica en el capítulo 400 de dicho manual. En ambos formularios se incluye información específica sobre cómo presentar una apelación.

## **ENLACES PARA ACCEDER AL MANUAL DEL USUARIO SEGÚN EL PLAN MÉDICO DE AHCCCS**

**Propósito:** El fin de esta sección es que tenga hipervínculos activos para acceder al manual de su plan médico. En el caso de los planes en los que no haya otro enlace que no sea en inglés, le recomendamos que se comunique con el seguro directamente para solicitar la versión en el idioma que usted prefiera. Si desea obtener un ejemplar impreso, pídalo durante el ingreso, en la primera cita o en cualquier momento del tratamiento en SBH. Se le entregará sin costo alguno.

**BlueCross BlueShield Arizona | Health Choice**

<https://www.healthchoiceaz.com/members/member-handbooks/>

**AZ Complete Health Care**

<https://www.azcompletehealth.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html>

**United Health Care**

[https://www.uhcommunityplan.com/assets/plandocuments/handbook/en/AZ\\_Medicaid\\_Handbook.pdf](https://www.uhcommunityplan.com/assets/plandocuments/handbook/en/AZ_Medicaid_Handbook.pdf) (en inglés)

<https://www.uhcommunityplan.com/content/dam/uhccp/plandocuments/handbook/es/AZ-MemberHandbook-SP.pdf> (en español)

**Molina Complete Care**

<https://www.molinahealthcare.com/members/az/en-us/-/media/Molina/PublicWebsite/PDF/members/az/en-us/AZ-MEM-072022-Member-Handbook-CY23-508C-ENGLISH-FINAL.pdf>

**Banner University Family Care**

<https://www.bannerufc.com/acc/plan-information/cy23-plan-materials>

**Mercy Care Plan**

<https://www.mercycareaz.org/members/completecure-formembers/handbook>

**Care 1<sup>st</sup> Health Plan**

<https://www.care1staz.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html>

**American Indian Health Program/Tribal Regional Behavioral Health Authorities (programa de salud para nativos estadounidenses y autoridades regionales tribales en salud conductual)**

[https://www.azahcccs.gov/AmericanIndians/Downloads/AHCCCS\\_AIHP\\_Guide.pdf](https://www.azahcccs.gov/AmericanIndians/Downloads/AHCCCS_AIHP_Guide.pdf)