



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Estoy obligado por la ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida ("PHI") y para proporcionarle este Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"). Debo cumplir con los términos de este aviso, y debo notificarle si se produce un incumplimiento de su PHI sin garantía. Puedo cambiar los términos de este Aviso, y tales cambios se aplicarán a toda la información que tengo sobre usted. La nueva Comunicación estará disponible a petición, en mi oficina y en mi sitio web.

Excepto para los fines específicos establecidos a continuación, voy a utilizar y divulgar su PHI sólo con su autorización por escrito ("Autorización"). Es su derecho a revocar dicha autorización en cualquier momento por mi notificación escrita de su revocación.

Dentro de usos (la práctica) y Revelación (exteriores) Práctica relacionada con el tratamiento, pago u operaciones de atención médica no requieren su consentimiento por escrito. Puedo utilizar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. **Para su tratamiento.** Puedo utilizar y divulgar su PHI para brindarle tratamiento, que puede incluir la divulgación de su PHI a otro profesional de la salud. Por ejemplo, si usted está siendo tratado por un médico o un psiquiatra, puedo revelar su PHI a él o ella para ayudar a coordinar su atención, aunque mi preferencia es para que me des una autorización para hacerlo.

2. **Para obtener el pago para su tratamiento.** Puedo utilizar y divulgar su PHI para facturar y cobrar pagos por el tratamiento y servicios proporcionados por mí para ti. Por ejemplo, podría enviar su PHI a su compañía de seguros para recibir el pago por los servicios de atención médica que he proporcionado a usted, a pesar de mi preferencia es para que usted me da una autorización para hacerlo.

3. **Para operaciones de atención médica.** Puedo usar y divulgar su PHI para fines de llevar a cabo operaciones de asistencia médica referente a mi práctica, incluyendo el contacto con usted cuando sea necesario. Por ejemplo, es posible que tengamos que revelar su PHI a mi abogado para obtener consejos sobre el cumplimiento de las leyes aplicables.

### Ciertos usos y divulgaciones requieren su autorización.

1. **Nota de la psicoterapia.** Me guardo "notas de psicoterapia", como se define este término en 45 CFR § 164.501, y cualquier uso o divulgación de tales notas requiere su Autorización menos que el uso o revelación es:

- a. Para mi uso en el tratamiento de usted.
- b. Para mi uso en el entrenamiento o la supervisión de otros profesionales de la salud mental para ayudarles a mejorar sus habilidades en el grupo, las articulaciones, la familia o el asesoramiento o la terapia individual.
- c. Para mi uso en la defensa de mí mismo en las acciones judiciales ejercitadas por usted. re. Para su uso por el Secretario de Salud y Servicios Humanos para investigar mi conformidad con HIPAA.
- d. Requeridos por la ley, y el uso o divulgación no se limita a los requisitos de dicho derecho.
- e. Requerido por la ley para ciertas actividades de supervisión de salud pertenecientes al autor de las notas de psicoterapia.
- g. Requerido por un médico forense que está realizando tareas autorizadas por la ley.
- h. Requerido para ayudar a evitar una grave amenaza para la salud y la seguridad de los demás.

2. **Propósitos de Mercadeo.** Como psicoterapeuta, no voy a usar o divulgar su PHI para fines de mercadeo y publicidad.

3. **La venta del PHI.** Como psicoterapeuta, no voy a vender su PHI en el curso regular de mi negocio.

**Ciertos usos y divulgaciones no requieren su autorización.** Sujeto a ciertas limitaciones en la ley, puedo usar y divulgar su PHI sin su autorización por las siguientes razones:

1. Cuando la divulgación es requerida por la ley estatal o federal, y el uso o divulgación no cumple con y se limita a los requisitos pertinentes de dicha ley.

2. Para las actividades de salud pública, incluyendo la presentación de informes se sospecha niño, anciano o adulto dependiente abuso, o que impida o reduzca una grave amenaza para la salud o la seguridad de cualquier persona.

3. Para las actividades de supervisión sanitaria, tales como auditorías e investigaciones.

4. Para procedimientos judiciales y administrativos, entre responder a una orden judicial o administrativa, aunque mi preferencia es la obtención de una Autorización de usted antes de hacerlo.

5. Para los efectos de la ley, incluidos los crímenes de información que ocurren en mi propiedad.

6. Para médicos forenses, cuando estas personas están realizando tareas autorizadas por la ley.

7. Para fines de investigación, incluyendo el estudio y la comparación de la salud mental de los pacientes que recibieron una forma de terapia en comparación con aquellos que recibieron otra forma de terapia para la misma condición.



8. Funciones especializadas del gobierno, entre ellos, lo que garantiza la correcta ejecución de las misiones militares; proteger al Presidente de los Estados Unidos; la realización de las operaciones de inteligencia y contra-inteligencia; o, lo que ayuda a garantizar la seguridad de las personas que trabajan dentro o alojados en instituciones correccionales.

9. A los efectos de compensación de trabajadores. Aunque mi preferencia es la obtención de una Autorización de usted, que puede proporcionar su PHI a fin de cumplir con las leyes de compensación de trabajadores.

10. recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud. Me permite usar y divulgar su PHI para ponerse en contacto con usted para recordarle que tiene una cita conmigo. También podemos usar y divulgar su PHI para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de atención médica o beneficios que ofrezco.

#### **Ciertos usos y divulgaciones requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse.**

1. Divulgación a familiares, amigos, u otros. Me puede proporcionar su PHI a un miembro de la familia, un amigo u otra persona que usted indique está involucrado en su cuidado o el pago por su atención médica, a menos que usted se oponga en su totalidad o en parte. La oportunidad de consentimiento puede ser obtenida retroactivamente en situaciones de emergencia.

#### **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU PHI**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

1. **El derecho de solicitar restricciones en el uso y divulgación de su PHI.** Usted tiene el derecho a preguntarme a no utilizar o divulgar cierta PHI para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Yo no estoy obligado a cumplir con su petición, y yo podría decir "no" si creo que afectaría a su atención médica.

2. **El derecho a solicitar restricciones de gastos de su bolsillo pagados en su totalidad.** Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre las divulgaciones de su PHI a los planes de salud para fines de pago o operaciones de atención médica si el PHI se refiere exclusivamente a un artículo de atención médica o un servicio de atención médica que usted ha pagado por fuera de su bolsillo en su totalidad.

3. **El derecho a elegir cómo puedo enviar su PHI.** Usted tiene derecho a pedirme que ponerse en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el hogar o la oficina del teléfono) o para enviar correo a una dirección diferente, y voy a estar de acuerdo con todas las solicitudes razonables.

4. **El derecho a ver y obtener copias de su PHI.** Aparte de las notas de psicoterapia ", usted tiene el derecho de obtener una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información que tengo sobre usted.

Yo le proporcionará una copia de su registro, o un resumen de la misma, si está de acuerdo para recibir un resumen, dentro de los 30 días de recibir su solicitud por escrito, y yo podría cobrar una tarifa basada razonable, el costo por hacerlo.

5. **El derecho a obtener una lista de las revelaciones que he hecho.**

Usted tiene el derecho de solicitar una lista de casos en los que he divulgado su ISP para fines distintos de las operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud, o para los que usted me cuenta con una autorización.

Voy a responder a su solicitud de un informe de divulgaciones dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. La lista que le dará a usted incluirá revelaciones hechas en los últimos seis años a menos que solicite un tiempo más corto. Voy a ofrecer la lista para usted sin costo alguno, pero si usted hace más de una solicitud en el mismo año, voy a cobrar un cargo basado en el costo razonable para cada solicitud adicional.

6. **El derecho a corregir o actualizar su PHI.** Si usted cree que hay un error en su PHI, o que una pieza de información importante se encuentra en su PHI, usted tiene el derecho de solicitar que se corrijen la información existente o añadir la información que falta. Puedo decir "no" a su solicitud, pero voy a decir por qué por escrito dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud.

7. **El derecho a obtener una copia impresa o electrónica de este aviso.** Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, y usted tiene el derecho de obtener una copia de esta notificación por correo electrónico. Y, aunque haya aceptado recibir esta notificación por correo electrónico, también tiene el derecho de solicitar una copia impresa de la misma.

#### **CÓMO QUEJARSE DE MI NORMAS DE PRIVACIDAD**

Si cree que puede haber violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante mí, como funcionario de privacidad para mi práctica, y mi dirección y número de teléfono son: Presidente de New Dawn 829 North A St., Oxnard CA 93030

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Oficina de Derechos Civiles por:

1. El envío de una carta a 200 Independence Avenue, S. W., Washington, DC 20201;

2. Llamando al 1-877-696-6775; o,

3. [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints) visitando.

No voy a tomar represalias contra usted por presentar una queja sobre mis prácticas de privacidad.

#### **FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO**

Este aviso entró en vigor el 20 de septiembre de 2013.



## DEPARTAMENTO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO

### Ventura County Behavioral Health Guía del Consumidor

¡Bienvenidos a Salud del Comportamiento del Condado de Ventura! Nosotros proporcionamos servicios de salud mental a clientes con Medi-Cal, Medicare, seguro privado, o sin seguro. Nuestro Plan de Salud Mental (**MHP**) proporciona servicios de salud mental a todos los clientes de Medi-Cal del Condado de Ventura. Los servicios bajo Medi-Cal son autorizados por el **MHP** y proporcionados por el Sistema del Condado de Equipos de Atención o Proveedores Privados Contratados, dependiendo del nivel de necesidad. Algunos servicios están disponibles solamente mediante referencia específica de otras agencias, como son las escuelas. Para mayor información, sírvase consultar a su escuela o a otra agencia.

Este folleto describe la forma en que se pueden obtener los servicios de salud mental, qué tipos de servicios se ofrecen, los derechos y responsabilidades de los clientes, y cómo obtener ayuda en el caso de que haya alguna queja o reclamo sobre los servicios.

#### **CÓMO SE PUEDE OBTENER EL SERVICIO DE SALUD MENTAL MEDI-CAL**

Por favor llame a la **MHP Línea de Acceso de Medi-Cal 1-800-671-0887** para solicitar el servicio para personas con enfermedad mental o trastorno emocional, que disponga de Medi-Cal. La línea de acceso es atendida las 24 horas del día, durante los 7 días de la semana, por personal experto en salud mental, quienes hacen una exploración breve a través del teléfono. Si su condición o la de su niño reúne los requisitos de Medi-Cal en cuanto a la necesidad de servicios de salud mental, usted será enviado para tratamiento a un Sistema de Equipo de Atención del Condado o a un Proveedor Privado del **MHP**. Si usted o su niño no reúne los requisitos de Medi-Cal para el tratamiento, usted recibirá otras referencias.

Si usted tiene Medi-Cal y desea los servicios de un proveedor de salud mental privado, su proveedor debe afiliarse al Panel del **MHP** y obtener la autorización del **MHP** para el tratamiento. Su proveedor puede llamar al **MHP** al (805) 652-3275 para afiliarse al Panel. Si su proveedor no se afilia al Panel, o no desea la autorización, por favor llame a la **Línea de Acceso de Medi-Cal al 1-800-671-0887** para encontrar un Proveedor del Panel.

#### **CÓMO SE PUEDE OBTENER EL SERVICIO DE SALUD MENTAL SIN MEDI-CAL**

Si su niño no tiene Medi-Cal, por favor contacte al Sistema de Clínica de Atención del Condado más cercana (Vea la página 8 de este folleto.) El personal de la Clínica le ayudará en la

evaluación y admisión en la Clínica, o le enviará a un proveedor en la comunidad para su tratamiento, según sea necesario.

## METODOLOGÍA DEL TRATAMIENTO

Nosotros utilizamos una metodología de tratamiento "Centrada en el Cliente" o "Centrada en la Familia", según sea aplicable. Usted nos dice lo que desea o necesita para alcanzar una mejor salud mental y calidad de vida. El tratamiento exitoso es el resultado de su compromiso y trabajo arduo, así como de la dedicación de su proveedor y de otras personas importantes. Usted puede terminar su relación con nosotros cuando así lo desee. Usted tiene el derecho de solicitar una segunda opinión así como el cambio de proveedor. Sus pedidos podrían no siempre ser aprobados, pero sus puntos de vista serán considerados cuidadosamente.

**Nos esforzamos por servir en todo momento a nuestros clientes en una manera culturalmente competente y apropiada a la edad.**

## EL SERVICIO DE SALUD MENTAL PUEDE INCLUIR

**Servicios en Crisis / Emergencia**, intervención, evaluación, referencia.

**Servicios a Pacientes Internos**, tratamiento intensivo de corto plazo en el hospital para personas que no pueden ser tratadas con seguridad en otro nivel de atención.

**Tratamiento Diario** para prevenir o reducir las estadías en el hospital y proporcionar un ambiente terapéutico.

**Servicios Residenciales durante las 24 Horas** A corto y largo plazo con supervisión en su vivienda.

**Servicios de Salud Mental para Pacientes Externos**, evaluación, pruebas psicológicas, psicoterapia individual, familiar y de grupo, y rehabilitación.

**Servicios de Medicación para Pacientes Externos**, prescripción, administración, y monitoreo de la medicación psiquiátrica y sus efectos.

**Manejo de Casos**, apoyo, enlace y monitoreo de progreso.

**Programas Especializados**, incluyendo la ayuda para encontrar un trabajo, servicios para los clientes con enfermedad mental así como abuso de sustancias, apoyo de los padres a clientes niños o adolescentes y facultación al consumidor.

## CONFIDENCIALIDAD

Usted tiene derecho a la Confidencialidad. En la mayoría de los casos los proveedores no pueden proporcionar a la gente fuera del Departamento de Salud del Comportamiento o del **MHP**, información sobre usted, sin su permiso por escrito, a menos que esta sea requerida por un Juez. Su proveedor le solicitará a usted que firme su aceptación para permitirle, a el o ella, hablar con un miembro de la familia u otra persona sobre su tratamiento, o entregar los registros a otra persona, como su médico, con el fin de proporcionarle el mejor servicio posible.

Su Confidencialidad se encuentra limitada en las siguientes situaciones:

- Si usted constituye un serio peligro para usted mismo u otra persona o propiedad;
- Si tenemos razón para sospechar que un niño, dependiente adulto o persona anciana está siendo (o ha sido) desatendido o abusado física o sexualmente;
- Si usted se manifiesta como Gravemente Discapacitado, o incapaz de encargarse de usted mismo, o utilizar los requisitos indispensables de la vida, incluyendo alimento, vivienda, o ropa.

Por ley, los proveedores de salud mental deben seguir los pasos necesarios para proteger a las personas que están en peligro o que pueden estar en peligro. Esto puede incluir el informar a otras personas lo que usted nos ha dicho a nosotros.

#### **USTED TIENE DERECHO A SERVICIOS QUE:**

- Le ayuden o beneficien a usted y se ajusten a sus necesidades individuales.
- Respeten su edad, identidad cultural y étnica, religión, discapacidad, género, estado civil y preferencia sexual.
- Sean proporcionados en un sitio seguro y limpio que proteja su intimidad y confidencialidad.
- Sean entregados por proveedores que sean calificados, competentes y concentrados en su atención individual.
- Involucren a usted (y a su familia o a otras personas importantes, si así usted lo conviene) en el diseño y aceptación de un plan de tratamiento basado en sus propias metas bien definidas.
- Respeten su derecho a cambiar sus metas.
- Le estimulen a usted a establecer metas que sean importantes para usted.

#### **USTED TAMBIÉN TIENE DERECHO A CONOCER:**

- Su diagnóstico, plan de tratamiento, y los costos de sus servicios, en términos que usted pueda comprender.
- Si usted es padre de un cliente menor, un protector, o guardián legal, usted puede tener derecho a información específica. Su participación en el tratamiento es esencial para mejorar la condición del cliente y de la familia.
- Los beneficios y posibles efectos secundarios de las medicaciones recetadas a usted antes de firmar su consentimiento informado de las medicaciones.
- Los nombres y credenciales de los proveedores que participan en su tratamiento.
- Una segunda opinión, si no está de acuerdo con su atención de salud.
- Si se le niegan, reducen o terminan sus servicios de salud mental.

#### **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Cumplir, por favor, con todas las citas o pedir ayuda si tiene dificultad en venir a sus citas programadas.
- Si usted no puede mantener una cita, por favor, llame y notifíquelo por lo menos 24 horas antes de la misma.
- Por favor, sea honesto con opiniones o ideas sobre su tratamiento.
- Por favor, trate de prestar atención a la terapia del proveedor, y otórguele una oportunidad.
- Por favor, informe a su proveedor sobre los cambios en su condición e indíquelo a el/ella si usted tiene problemas para seguir el tratamiento prescrito.
- Por favor, pida a su proveedor que le explique cualquier asunto relacionado con su atención, que usted no comprenda. Trate de observar las instrucciones del proveedor.
- Por favor, respete la confidencialidad e intimidad, y respete los derechos de otros clientes, proveedores y personal.
- Por favor, haga los arreglos necesarios para su propio transporte a las citas. Si esto es un problema, por favor, discútalos con su proveedor y pida ayuda si la necesita.
- Por favor, proporcione la información financiera y de seguros a su proveedor. Si usted tiene un seguro, éste posiblemente pagará por los servicios, pero podría haber un copago. Usted podría recibir una factura por sus servicios. Si usted no está totalmente de acuerdo con su factura, por favor discútalos con su proveedor.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Por favor, discuta con nosotros cualquier queja que usted tenga sobre nuestros servicios. La mayoría de las quejas se resuelven mejor si se las plantea a aquellos directamente involucrados. Si usted no desea hablar con su proveedor o su supervisor, usted puede autorizar a cualquier persona para que lo represente o actúe en su nombre, durante cualquier parte del proceso de resolución del problema y esto incluye a un amigo, miembro familiar, Defensor de los Derechos de los Pacientes (805) 652-6774, Jefe de Administración de Calidad y Atención Administrada (805) 652-6784, o un representante de la oficina local de la Alianza Nacional por los Enfermos Mentales (National Alliance for the Mentally Ill) (805) 641-2426.

### **QUEJAS INFORMALES**

Si usted no está satisfecho con cualquiera de los aspectos de nuestros servicios, usted tiene derecho a presentar una Queja Informal. Las Quejas son tratadas rápidamente por las partes directamente involucradas o sus supervisores, de modo que la resolución se pueda alcanzar tan eficientemente como sea posible. Si desea presentar una queja pero no quiere identificarse, usted puede llenar un formulario de "Mensaje para el Supervisor" (que se encuentra a su disposición en las salas de espera del Equipo), o escribir una nota anónima y dejarla para su proveedor o su supervisor, o enviarla por correo al Departamento de Administración de Calidad.

Si usted no está satisfecho de la forma en la que se resuelve una Queja, usted puede registrar un Reclamo Formal en cualquier momento. Si la resolución del Reclamo Formal no es satisfactoria para usted, puede solicitar una Revisión del Panel de Mediación.

Si usted es un beneficiario de Medi-Cal, usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por cualquier razón y en cualquier momento antes, durante o dentro de los 90 días siguientes a la culminación del proceso de resolución del problema del beneficiario. Usted puede también solicitar una Audiencia Imparcial del Estado sin pasar primero por los niveles inferiores de resolución del problema o haber recibido una Notificación de Acción. Usted puede pedir a cualquier persona que usted desee, que le ayude o le represente. Usted tiene derecho a solicitar, en cualquier momento, una Audiencia Imparcial del Estado, si se le niegan, reducen o terminan los servicios y usted no está de acuerdo con esta decisión.

## DEFINICIONES

**Negación del Servicio.** Una negativa por parte del proveedor del servicio o MHP para proporcionarle el tipo, clase o método de servicio de salud mental que usted cree necesitar o que considera tiene derecho legal a recibir.

**Reducción del Servicio.** Cualquier reducción en el tipo, método, frecuencia o duración del servicio. Esto puede referirse a los servicios que vienen a ser limitados debido a que la localización del proveedor hace que sea demasiado difícil llegar a ella, o a que la oficina del proveedor no es accesible en silla de ruedas y el cliente requiere este tipo de acceso.

**Terminación del Servicio.** La interrupción de cualquier tipo de servicio que usted ha estado recibiendo, debido a una decisión del MHP o del proveedor.

**Notificación de Acción.** Notificación formal por escrito y, donde sea posible, notificación verbal a usted de cualquier negación, terminación o reducción de los servicios de tratamiento. La notificación deberá especificar la acción propuesta y las razones para la misma, las fechas de vigencia de la acción y la descripción del procedimiento disponible para presentación de la queja informal y reclamo formal.

## RECLAMOS FORMALES

Para presentar un Reclamo Formal usted o su representante debe:

- Escribir una carta breve o completar un Formulario de Solicitud de Resolución del Problema. Los formularios y sobres con la dirección impresa y sellos postales están disponibles en el área de espera de la oficina de su proveedor.
- Por favor, explique su Reclamo por escrito, identifique al personal o proveedor involucrados, e incluya la información o materiales que usted considera que ayudarán a resolver el problema.
- Firme una Renuncia por escrito que permita la entrega de información de modo que se pueda investigar el reclamo.
- Presente la carta o formulario, en persona, o envíelos por correo a su proveedor, a su supervisor, o al Departamento de Administración de Calidad.
- La persona que reciba su Reclamo envía inmediatamente una copia al Jefe de

Administración de Calidad y Atención Administrada, para su revisión.

- El personal de Administración de Calidad le notifica a usted sobre el estado en que se encuentra su Reclamo, dentro de los 5 días luego de su recepción y continúa la investigación y resolución.
- Si los servicios le son negados, reducidos o terminados, usted tiene derecho a una segunda opinión profesional para apoyar su posición.
- El Jefe de Administración de Calidad y Atención Administrada le enviará una carta dentro de los 30 días siguientes a la recepción del Reclamo, que resuma la Decisión y contenga información sobre los pasos adicionales a seguir si usted continúa insatisfecho.

## PANEL DE MEDIACIÓN

Si usted no está satisfecho con la Decisión sobre el Reclamo Formal, usted tiene derecho a pedir una revisión por parte del Panel de Mediación. El Panel de Mediación tomará una decisión dentro de los 30 días calendarios siguientes a la recepción de su Reclamo. Usted recibirá la Decisión del Panel de Mediación por escrito, del Jefe de Administración de Calidad y Atención Administrada. Esta contendrá la información sobre la cual se basó la decisión. La decisión será inmediatamente obligatoria para usted, el proveedor y el Departamento. Si usted continúa insatisfecho, tiene derecho a buscar otras opiniones legales.

## REVISIONES URGENTES DE QUEJA Y RECLAMO

Si su Reclamo por escrito se refiere a problemas de salud y seguridad inmediatos, o Medi-Cal financió los servicios de tratamiento residencial, éste será investigado y resuelto dentro de 3 días laborables. A menos que usted constituya una amenaza para los otros residentes, usted tiene derecho a permanecer en el programa residencial hasta que haya una respuesta del Personal de Administración de Calidad.

## AUDIENCIAS IMPARCIALES DEL ESTADO

Si usted tiene Medi-Cal, tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial del Estado por cualquier motivo, y en cualquier momento, no simplemente cuando los servicios sean terminados, reducidos o negados. Usted no necesita presentar primero una Queja o Reclamo Formal, y no tiene que pasar por el Panel de Mediación. Usted tiene derecho a

La Audiencia Imparcial del Estado dentro de los 90 días desde la recepción de la Notificación de Acción para la negación, reducción o terminación de los servicios. Si usted solicita una Audiencia Imparcial del Estado dentro de los 10 días luego de una Notificación de Acción, en ciertas situaciones, sus servicios de atención de salud mental podrían continuar hasta conocer el resultado de la Audiencia.

En todas las áreas de espera de la oficina de su proveedor están disponibles formularios de Reclamo y Audiencia Informal del Estado y los sobres con la dirección impresa. Usted o su representante pueden obtenerlos de su proveedor, del Departamento de Administración de Calidad llamando al teléfono (805) 652-6192, o de la Línea de Acceso sin costo al 1-800-671-0887. Usted puede llamar al número sin costo de la Unidad del Estado para Consulta y

Respuesta Pública al 1-800- 95253, o a la línea sin costo del Departamento de California del Servicio de Mediación en Salud Mental, al 800-896 4042, TTY 800-896-2512.

Usted debe enviar por correo el formulario de Solicitud de una Audiencia Imparcial del Estado, debidamente lleno, a:

Administrative Adjudications Division  
State Department of Social Services  
744 "P" Street, Mail Station 19-37  
Sacramento, CA 95814

### ASISTENCIA EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Si en cualquier momento usted desea presentar una Queja Informal, solicitando una revisión del Panel de Mediación, o solicitar una Audiencia Imparcial del Estado, usted puede autorizar a cualquier persona para que actúe en su nombre, incluyendo a un amigo, miembro familiar, proveedor, administrador del caso, o al supervisor de su proveedor. Usted puede también solicitarlo del **Defensor de los Derechos de los Pacientes (805) 652-6774, del Jefe de Administración de Calidad y Atención Administrada (805) 652-6784, o de un representante de la oficina local de la Alianza Nacional por los Enfermos Mentales (805) 641-2426.** Cualquiera de estas personas le puede ayudar, en cualquier punto del proceso de resolución del problema.

## Guía de Referencia Telefónica Rápida a los Servicios de Salud del Comportamiento del Condado de Ventura

Línea de Acceso al Plan de Salud Mental de Medi-Cal 1-800-671-0887 (Usted puede pedir una lista de otros proveedores de servicios, que incluyen alternativas y opciones de servicios culturales y lingüísticos).

### Equipos para Crisis

Equipo para Crisis, Oeste	652-6727	Equipo para Crisis, Este	371-8375
---------------------------	----------	--------------------------	----------

### Equipos de Salud Mental de Adultos

*Ventura Hillmont	652-6768	*West Ventura	652-6838
*West Oxnard	385-8675	*Downtown Oxnard	240-2001
*Port Hueneme	385-9110	*Santa Paula	933-8485
*Simi Valley/Moorpark	584-4881	*Conejo Valley	777-3500

### Equipos Opciones de Salud Mental Infantil

*Ventura	658-4212	Santa Paula	933-8489
*Oxnard	385-8673	*Conejo/Thousand Oaks	777-3505
*Simi Valley/Moorpark	582-7507		

### Equipos de Salud Mental para Adultos de la Tercera Edad

*East County /Thousand Oaks	777-3500	*West County / Ventura	652-7820
-----------------------------	----------	------------------------	----------

### Equipos de Salud Mental por Especialidades

Programas Albergue de Emergencia y para los Sin Hogar con Enfermedad Mental	641-4460
*Servicios Residenciales para Adultos	289-3326
*FACT	654-5088

### Centros del Programa de Alcohol y Drogas

Ventura	652-7823	Simi Valley	584-4878
Oxnard	385-1885	A New Start for Moms	385-4114

### Centros del Programa para Conductores Ebrios

Oxnard	385-1889	Simi Valley	584-4883
Ventura	658-4250	Conejo	777-3505

TDD Line 805-652-3365

### Otros Números Telefónicos Importantes

Unidad Psiquiátrica Centro Médico del Condado de Ventura	652-6729
Defensor de los Derechos de los Clientes – Salud Mental	652-6774
<b>Departamento de Administración de Calidad</b>	<b>652-6192</b>
Jefe de Administración de Calidad y Atención Administrada	652-6784
Alianza Nacional por los Enfermos Mentales – Oficina Local	641-2426
Defensor de los Derechos de los Clientes – Programas Alcohol y Drogas	658-4257

\* servicios disponibles incluyen asesoramiento, apoyo medico, manejar el caso, terapia grupal y individual. Todos los centros proveen asistencia de language gratuitamente.