



# MANUAL DEL CLIENTE

WellStone es el mayor y más completo proveedor de servicios de salud conductual del norte de Alabama. Tratamos a niños, adolescentes y adultos que se enfrentan a enfermedades mentales, abuso de sustancias y una amplia gama de obstáculos para la salud y el bienestar. Nuestro equipo trabaja contigo, con tus proveedores médicos y a través de nuestros propios programas para ponerte en contacto con asesoramiento, formación y recursos que te devuelvan la esperanza.

Este manual está diseñado para ayudarte a conocer mejor los servicios que tienes a tu disposición y cómo podemos ayudarte. Obtén más información sobre tus derechos y opciones de pago, así como sobre nuestros valores, políticas y misión. Y lo que es más importante, descubre cómo estaremos a tu lado cuando más lo necesites. Cuenta con nosotros para ofrecerte confidencialidad, apoyo y soluciones. Gracias por elegir WellStone para brindarte apoyo en tu camino hacia el bienestar.

## Nuestra misión y visión

WellStone existe para recuperar la esperanza y una vida sana mediante la prestación de servicios integrales de salud conductual en la comunidad.

## Nuestros valores

**Compasivos:** somos compasivos con las personas afectadas por trastornos de salud conductual.

**Comprometidos:** nos dedicamos los unos a los otros mediante la colaboración y el trabajo en equipo.

**Capaces:** somos gente que resuelve problemas de manera optimista y hacemos lo necesario para completar el trabajo.

## Urgencias

Si tienes una urgencia relacionada con la salud mental por la noche, un fin de semana o un día festivo, hay varias opciones de ayuda disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Línea de vida para casos de suicidio y crisis  
Llama o envía un mensaje de texto al 988**

**Equipo móvil de crisis para adultos del condado de Madison 256 763-8554**

**Equipo móvil de crisis para niños y adolescentes del condado de Madison  
256 947-4016**

## Comunicación en casos no urgentes

Los problemas que no sean urgencias deben discutirse con tu terapeuta habitual durante tus citas programadas. Los mensajes que no sean urgentes también pueden enviarse a través del portal para pacientes myHealthPointe (consultar más adelante).

## ¡Regístrate en nuestra aplicación myHealthPointe!

- **Envía un mensaje a tu equipo médico**
- **Solicitar citas**
- **Consultar futuras citas**
- **Revisar los medicamentos y otra información**

**Paso 1:** correo electrónico myhpcareteam@wellstone.com Simplemente di "I want the app" (Quiero la aplicación) Asegúrate de incluir el nombre y la fecha de nacimiento del cliente. Recibirás un correo electrónico de "bienvenida" que incluye tu ID de usuario y código de validación.

**Paso 2:** sigue los pasos indicados en tu correo electrónico de bienvenida. Descarga la aplicación móvil myHealthPointe desde Apple App Store o Google Play Store. ¿No tienes un teléfono? Elige el enlace del navegador web situado en la parte inferior del correo electrónico.

**Paso 3:** una vez descargada la aplicación, haz clic en el enlace de registro que aparece en tu correo electrónico de bienvenida.

## Servicios disponibles (consulta [wellstone.com](http://wellstone.com))

WellStone ofrece una amplia gama de servicios para todas las edades. Desde servicios tradicionales de psicoterapia y psiquiatría en nuestras oficinas, hasta servicios a domicilio para necesidades graves de salud mental.

Los servicios de crisis incluyen un Centro de Derivación de Crisis que está disponible sin cita previa, y también hay equipos móviles de crisis que pueden responder a los hogares en los condados de Madison y Cullman.

Los programas de trastornos por consumo de sustancias están disponibles con varios niveles de atención, desde un programa de rehabilitación residencial hasta citas ambulatorias. También se ofrece tratamiento asistido con medicamentos.

## Citas

La hora de tu cita se ha reservado específicamente para ti y es importante que acudas a todas las citas programadas. Si te enfermas o no puedes acudir a tu cita, llama a WellStone al **256-734-4688** de lunes a viernes, entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. con la mayor antelación posible para cancelar o cambiar la cita. Es muy importante que nos llames al menos 24 horas antes de tu cita programada para que podamos programar otras citas.

En un esfuerzo por mantener los horarios de los proveedores médicos lo mejor posible, WellStone tiene una Política de Tardanzas. Un cliente que llegue más de cinco minutos tarde a su cita médica tendrá dos opciones:

1. El cliente puede esperar a que su proveedor médico lo incluya de nuevo en el horario (lo que puede hacerse **solo si otro cliente cancela o no se presenta** a una cita); sin embargo, no hay **NINGUNA garantía** de que haya una vacante disponible.
2. El cliente puede reprogramar su cita para una fecha y horario posteriores. El cliente recibirá una cita que se basará en el próximo horario disponible en la agenda del proveedor médico.

### Responsabilidades del cliente

Como cliente nuestro, te pedimos que hagas lo siguiente:

- Facilites, a tu leal saber y entender, información precisa y completa sobre tu historial médico, incluidas enfermedades presentes y pasadas, medicamentos (con o sin receta), hospitalizaciones, etc.
- Informes al personal de WellStone de cualquier cambio en tu salud física, en los medicamentos que tomas o en tus datos de contacto.
- Seas responsable de las consecuencias de tus actos si rechazas el tratamiento o no sigues las recomendaciones de tu terapeuta o psiquiatra de WellStone.
- Protejas la confidencialidad de otros clientes de WellStone no revelando su nombre ni la información que compartan.
- Asistas a todas las citas y actividades programadas.
- Tomes los medicamentos exactamente como te los haya recetado el psiquiatra e

informes inmediatamente de cualquier efecto secundario u otros problemas asociados a ellos. Además, no olvides preguntar al médico o al enfermero cualquier duda que tengas sobre tu medicación.

- Seas considerado y respetuoso con los demás clientes, el personal y los visitantes de WellStone.
- Trates a los demás como quieres que te traten a ti.
- Seas respetuoso con la propiedad de WellStone no vandalizándola ni destruyéndola de ninguna manera y con la propiedad de los demás no tomando cosas que no te pertenezcan.
- Participes en la planificación, aplicación y seguimiento de tu plan de tratamiento, consciente de que cuanto más te esfuerces, más probabilidades tendrás de mejorar.
- Hagas preguntas cuando no entiendas el tratamiento, las instrucciones, etc.
- Cooperes en las pruebas de detección de drogas y alcohol cuando sea necesario. Ten en cuenta que ningún cliente será expulsado del programa por dar positivo en un control de drogas.

#### Apelaciones de los clientes

Tienes derecho a apelar las decisiones sobre tu atención y tratamiento en WellStone. Si no estás satisfecho con las recomendaciones y/o decisiones sobre el tratamiento, puedes apelar la decisión. Existen los siguientes procedimientos para las apelaciones de los clientes:

- Un cliente puede apelar una decisión a través de su terapeuta. Para ello, debe llamar y concertar una cita con su terapeuta.
- En algunos casos, como el alta de un grupo, el cliente puede tener que apelar una decisión a través del equipo clínico. En este caso, el cliente debe llamar y concertar una cita para la apelación.
- Si el cliente sigue insatisfecho, tiene derecho a concertar una cita con el director del programa para apelar la decisión.
- Puedes apelar también las decisiones a través del Director Clínico y el Director General de WellStone.

Además, todos los clientes tienen derecho a ponerse en contacto con el Defensor del Consumidor:

Departamento de Salud Mental del Estado de Alabama  
Oficina de Servicios de Defensa RSA Union Building  
100 N. Union Street PO Box 301410  
Montgomery, AL 36130  
1-800-367-0955

# Satisfacción del cliente

Si no estás satisfecho con los servicios que recibes en WellStone y no puedes resolver el problema con tu terapeuta, su supervisor o el Director de División, llama al **(256) 533-1970** y pide que el Director General o el personal designado te ayuden a resolver el problema. Nuestra intención es resolver todos los problemas satisfactoriamente y en un plazo razonable.

## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Los términos "yo" y "mi" que aparecen a continuación se refieren a la persona que recibirá el tratamiento o los servicios de parte de WellStone. Si la persona que va a recibir tratamiento o servicios es un menor de 14 años, un adulto con autoridad legal para consentir el tratamiento o los servicios para el menor debe leer y rellenar este formulario e indicar el nombre del menor en el espacio siguiente. Al firmar este formulario, el adulto está indicando que da su consentimiento para el tratamiento y los servicios para el niño menor de edad o adulto incapacitado como se indica en este formulario y representa que, al leer y entender del adulto que está de acuerdo; el adulto tiene autoridad legal para dar su consentimiento a dicho tratamiento o servicios en nombre del niño menor de edad o adulto incapacitado. Si la autoridad legal para consentir el tratamiento y los servicios para el menor o adulto incapacitado es en virtud de un Poder Notarial o una Tutela Legal, por favor proporciona una copia de estos documentos dentro de los catorce días siguientes a la firma de este formulario.

Estoy de acuerdo con el tratamiento de WellStone, que puede incluir la intervención de un psiquiatra, enfermero, terapeuta, administrador de casos u otro proveedor apropiado de atención directa al paciente del personal del centro. Entiendo que puedo necesitar algún tipo de prueba para ser tratado con medicamentos. Entiendo que puedo necesitar tratamiento con medicamentos que tengan posibles beneficios para mi estado actual. Sin embargo, soy consciente de que algunos medicamentos pueden provocar ciertos efectos secundarios. Un miembro del personal médico me explicará los posibles efectos secundarios de este medicamento. Si existe un programa de asistencia al cliente patrocinado por una empresa farmacéutica y es apropiado para mis medicamentos, entiendo que el personal de WellStone puede ayudarme a completar y presentar una solicitud para dicho programa. El personal de WellStone puede presentar autorizaciones previas para garantizar la cobertura de terceros de los medicamentos recetados. Puedo ser sometido a controles aleatorios de drogas por indicación de un profesional de la salud mental.

### CONFIDENCIALIDAD:

Entiendo que WellStone mantendrá en forma confidencial la información relacionada con mi tratamiento, a menos que yo dé mi consentimiento específico por escrito para la divulgación de información específica. WellStone tiene autorización para divulgar Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI) para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. En caso de emergencia, WellStone tiene autorización para solicitar o divulgar la información necesaria a fin de resolver la crisis inmediata. Lo anterior incluye al Intercambio de Información Médica (HIE, por sus siglas en inglés) de Alabama "One Health Record". El HIE permite a médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica compartir electrónicamente y de forma segura la información médica vital de un paciente. Tu

historial clínico incluirá tus medicamentos, vacunas, alergias, resultados de pruebas actuales y anteriores, y resúmenes de tus problemas de salud pasados y presentes. No incluirá notas de psicoterapia ni otra información cuya divulgación requiera tu autorización específica en virtud de la legislación federal. El objetivo es mejorar la atención al paciente asegurándose de que los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica tengan un cuadro completo y reciente de tu salud cuando y donde sea necesario para tu tratamiento o atención. Para darte de baja de One health record, ingresa a <https://www.onehealthrecord.alabama.gov/Content/uploads/Patient-OptOut>

WellStone tiene la obligación de presentar datos estadísticos (no se incluye el nombre de los clientes) al Departamento de Salud Mental del Estado. Además, los datos de identificación de las personas designadas como sin hogar o inscritas en programas de condenas alternativas a través del sistema judicial local se enviarán a una base de datos obligatoria (Homeless Management Information System, HMIS y/o Model Integrated Access System, MIDAS). Cuando otra agencia o compañía de seguros paga por mis servicios, esta tiene derecho a verificar los servicios prestados y a obtener la información necesaria para pagar por mis servicios; dicha información se mantendrá confidencial bajo las normas de la agencia. Entiendo que WellStone mantendrá mi expediente médico como un Expediente Médico Electrónico y que mi médico de WellStone puede emitir una receta de medicamentos y ordenar un análisis de laboratorio por escrito, por fax, por teléfono o por transmisión electrónica.

## Declaración de derechos y protección del paciente

Como cliente de WellStone, tienes derecho a lo siguiente:

1. Recibir atención considerada, respetuosa, humana, adecuada y apropiada por parte de nuestro personal en un entorno seguro, en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
2. Independientemente de la edad, raza, color, credo, religión, minusvalía, discapacidad, origen nacional, preferencia lingüística, sexo, orientación sexual, identidad de género, capacidad de pago, condición social, grado de estabilidad psiquiátrica o residencia del beneficiario, salvo lo dispuesto en los criterios de admisión y descripción del programa, WellStone no discriminará en la prestación de servicios a una persona porque el pago de dichos servicios se realice a través de Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP).
3. Recibir información precisa y de fácil comprensión en todo momento durante cada aspecto de la prestación de servicios para facilitar el proceso de toma de decisiones en relación con el tratamiento.
4. Obtener la prestación de servicios de una manera que responda y respete sus características únicas, necesidades, capacidades e idioma de preferencia.
5. Recibir confidencialidad de toda la información tanto dentro como fuera del entorno de tratamiento y acceso a los registros de los consumidores, con la posibilidad de algunas restricciones en los límites de la información. La opción de proporcionar o negar el consentimiento informado y de recibir copias de cualquier consentimiento informado autorizado.
6. Tener acceso a los procedimientos de queja/reclamación para la resolución de conflictos.
7. Recibir una declaración de los gastos/tasas aplicables, consecuencias en caso de impago y limitaciones en la duración de los servicios.
8. Que se te informe de la necesidad del consentimiento de los padres o del tutor para el tratamiento, si corresponde.

9. Estar plenamente informado, de forma individual, sobre los servicios prestados, y a que se te presente la información en un entorno y con un lenguaje adecuados a tu estado y a tu capacidad de comprensión.
10. Participar en proyectos de investigación o experimentación, y dar tu consentimiento informado antes de participar.
11. Acceder a tribunales y abogados para hacer valer los derechos mediante los procesos adecuados.
12. Ser informado del compromiso ambulatorio, los requisitos y la duración del compromiso, y recibir los servicios adecuados tras el compromiso.
13. La disponibilidad de un número adecuado de personal clínico competente y cualificado para garantizar la aplicación adecuada de tu plan de servicios.
14. Rechazar servicios sin represalias, excepto en los casos permitidos por la ley.
15. Estar informado sobre el acceso a la protección de los derechos.
16. No ser receptor de negligencia, maltrato, humillación, castigo, abuso físico o psicológico, abuso sexual, acoso, amenazas físicas o verbales, explotación, coerción o abuso fiduciario.
17. Que te notifiquen sobre el uso de equipos especializados, como cámaras,
18. espejos bidireccionales, etc., y que des tu consentimiento para ello.
19. Informar sin miedo ni represalias de cualquier caso de abuso, negligencia o explotación percibidos.
20. Libertad personal y los mismos derechos generales que cualquier ciudadano de EE. UU. y del estado de Alabama.
21. Preguntar por las cualificaciones del terapeuta y expresar tus preferencias en cuanto a la selección de los proveedores de servicios.
22. Que te informen sobre la persona que tiene la responsabilidad principal de tu atención.
23. Participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con el tratamiento y los cuidados prestados.
24. La prestación de cuidados de acuerdo con las normas de práctica clínica aceptadas en el entorno menos restrictivo y más adaptado posible.
25. Que te informen de la naturaleza de los posibles efectos adversos significativos del tratamiento recomendado, incluidos los tratamientos, servicios y/o proveedores alternativos apropiados y disponibles.
26. Que te informen de cualquier posible restricción de derechos que se te pueda imponer.
27. Que se te informe de todas las normas del programa, de las responsabilidades antes del inicio de la atención y de las consecuencias en caso de incumplimiento.

Los clientes residenciales también tienen los siguientes derechos:

1. Privacidad del correo, las comunicaciones telefónicas y las visitas;
2. Una alimentación y alojamiento adecuados; y
3. Acceso a servicios médicos y dentales.

Los clientes de cuidados agudos también tienen los siguientes derechos, según corresponda:

1. Derecho a recibir información sobre las órdenes señaladas en el compromiso, cuando corresponda.
2. Derecho a recibir información sobre las razones para la administración de restricción, aislamiento y/o cualquier otro tratamiento invasivo según lo indicado por un profesional independiente con licencia.
3. Derecho a tener acceso al correo, las comunicaciones telefónicas y las visitas, y la privacidad sobre ellos, a menos que esté legalmente restringido.

4. Derecho a la inclusión en la comunidad con apoyos apropiados y adecuados, al término o en conjunción con los términos de los compromisos.

Si no estás satisfecho con los servicios que recibes en WellStone y no puedes resolver el problema con tu terapeuta, su supervisor o el Director de División, puedes llamar al (256) 533-1970 y pedir que el Director General o el personal designado te ayuden a resolver el problema. Nuestra intención es resolver todos los problemas satisfactoriamente y en un plazo razonable. Si crees que no se han cumplido tus derechos, tienes derecho a ponerte en contacto con el Defensor de la Salud Mental de Alabama llamando al 1-800-367-0955.





**WELLSTONE SLIDING FEE SCHEDULE 2024**

<b>Slide</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
Poverty Level	≤ 100%	>100% - ≤ 134%	>134% - ≤ 175%	>175% - ≤ 200%	>200%
	<b>Nominal Fee</b>	<b>Sliding Fee</b>	<b>Sliding Fee</b>	<b>Sliding Fee</b>	<b>Full Fee</b>
Psychosocial Assessment	\$20	\$30	\$50	\$75	\$200
SUD Assessment	\$20	\$30	\$50	\$80	\$200
Psychiatric Assessment	\$20	\$30	\$50	\$80	\$180
Psychiatry Follow Up (Per 15 min)	\$20	\$25	\$30	\$45	\$66.25
Individual or Group Therapy	\$20	\$25	\$30	\$35	30min = \$87.50 45 min = \$115 60 min = \$165
Nurse Injections	\$10	\$12	\$15	\$20	\$25

**ANNUAL INCOME**

<b>Slide</b>	<b>A</b>		<b>B</b>		<b>C</b>		<b>D</b>		<b>E</b>
<b>Number in Family</b>	From	To	From	To	From	To			at or above the amount listed below
1	\$0	\$15,060	\$15,601	\$20,330	\$20,331	\$26,354	\$26,355	\$30,120	\$30,121
2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$27,593	\$27,594	\$35,769	\$35,770	\$40,880	\$40,881
3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$34,856	\$34,857	\$45,184	\$45,185	\$51,640	\$51,641
4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$42,119	\$42,120	\$54,599	\$54,600	\$62,400	\$62,401
5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$49,382	\$49,383	\$64,014	\$64,015	\$73,160	\$73,161
6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$56,645	\$56,646	\$73,429	\$73,430	\$83,920	\$83,921
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$63,908	\$63,909	\$82,844	\$82,845	\$94,680	\$94,681
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$71,171	\$71,172	\$92,259	\$92,260	\$105,440	\$105,441

For families with more than 8 persons, add \$5,380 for each additional person

**MONTHLY INCOME**

<b>Slide</b>	<b>A</b>		<b>B</b>		<b>C</b>		<b>D</b>		<b>E</b>
<b>Number in</b>	From	To	From	To	From	To	From	To	at or above the amount
1	\$0	\$1,255	\$1,255	\$1,694	\$1,694	\$2,196	\$2,196	\$2,510	\$2,510
2	\$0	\$1,703	\$1,703	\$2,299	\$2,300	\$2,981	\$2,981	\$3,407	\$3,407
3	\$0	\$2,152	\$2,152	\$2,905	\$2,905	\$3,765	\$3,765	\$4,303	\$4,303
4	\$0	\$2,600	\$2,600	\$3,510	\$3,510	\$4,550	\$4,550	\$5,200	\$5,200
5	\$0	\$3,048	\$3,048	\$4,115	\$4,115	\$5,335	\$5,335	\$6,097	\$6,097
6	\$0	\$3,497	\$3,497	\$4,720	\$4,721	\$6,119	\$6,119	\$6,993	\$6,993
7	\$0	\$3,945	\$3,945	\$5,326	\$5,326	\$6,904	\$6,904	\$7,890	\$7,890
8	\$0	\$4,393	\$4,393	\$5,931	\$5,931	\$7,688	\$7,688	\$8,787	\$8,787

For families with more than 8 persons, add \$448.33 for each additional person

Based on the 2024 Poverty Guidelines for the 48 Contiguous States and the District of Columbia, source HHS

## ACUERDO FINANCIERO

LA PRESENTE ES UNA CESIÓN DIRECTA DE MIS DERECHOS Y PRESTACIONES EN VIRTUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Por la presente instruyo y ordeno a mi Empresa de Seguros que pague a **WellStone**, la parte correspondiente al seguro del total de los cargos por los servicios profesionales prestados. También autorizo a **WellStone**, a depositar cheques a mi nombre. Este pago no excederá mi deuda con el cesionario arriba mencionado, y he acordado pagar, de manera corriente, cualquier saldo de dichos cargos por servicios profesionales por encima de este pago de seguro de acuerdo con los cargos permitidos. Entiendo que si mi empresa de seguros no paga los honorarios por los servicios por cualquier motivo, soy responsable de estos honorarios. Está disponible, bajo solicitud, una lista de tarifas. Una fotocopia de esta cesión se considerará tan eficaz y válida como el original.

Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a facilitar a la Administración de la Seguridad Social, a la Administración de Financiación de la Atención Sanitaria, a sus intermediarios u operadores, o a cualquier otro tercero pagador cualquier información necesaria para esta reclamación o para una reclamación relacionada con Medicare. Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original y solicito el pago de las prestaciones del seguro médico a la parte que acepte la cesión. Entiendo que es obligatorio notificar al proveedor de asistencia médica cualquier otra parte que pueda ser responsable del pago de mi tratamiento (Sección 1128B de la Ley de Seguridad Social y 31 U.S.C. 3801-3812 establecen sanciones por retener esta información). También se aplican las normas relativas a la asignación de prestaciones de Medicare o Medicaid.

Entiendo que estoy obligado a mantener mi cuenta al día. En caso de impago, podrán iniciarse procedimientos de cobro a través de una agencia de cobranza. Se me pedirá que proporcione la información adecuada del seguro a **WellStone** y el no hacerlo puede resultar en la imposibilidad de cobrar de la empresa de seguros. Autorizo a **WellStone** a iniciar en mi nombre una reclamación ante el Comisionado de Seguros por cualquier motivo.

Entiendo que a menos que tenga seguro u otras fuentes de pago,

**mis honorarios se basan en mis ingresos anuales (\$\_\_\_\_\_)**

**y el número total de personas dependientes bajo dichos ingresos (\_\_\_\_\_).**

**\_\_\_\_\_ El cliente/tutor se niega a facilitar la información solicitada sobre sus ingresos y/o el tamaño de la familia. En este momento no se aplicará la escala variable de tarifas.**

Entiendo que tendré que verificar mis ingresos para recibir una tarifa reducida. Entiendo que si proporciono información financiera falsa, lo que constituye fraude y puede estar penado por la ley, no podré optar por una tarifa reducida. El pago de mi factura se considera parte de mi tratamiento y el pago completo debe efectuarse en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques o cualquier tarjeta de crédito ampliamente reconocida.

Este acuerdo se refiere a todos los servicios prestados directamente por WellStone. Todos los demás servicios médicos prestados fuera de WellStone se cobran directamente a la persona. Los clientes adultos son responsables del pago completo de los honorarios o del copago en el momento del servicio. En el caso de clientes menores de edad, los padres (o tutor legal) del menor son responsables del pago.

\_\_\_\_\_

# Página de firmas del manual

## ACUERDO FINANCIERO:

Declaro estar de acuerdo con los estados financieros.

## CONSENTIMIENTO PARA SEGUIMIENTO:

Es posible que se comuniquen conmigo durante mi tratamiento o para el seguimiento posterior en relación con los servicios que recibo/recibí en WellStone a fin de ayudar a evaluar la eficacia del programa y del tratamiento. Si se ponen en contacto conmigo después de mi tratamiento en el centro, será en el plazo de un año desde la interrupción de mis servicios.

## MANUAL DEL CLIENTE:

He recibido una copia del Manual del Cliente, que incluye, la Escala Variable de Tarifas, el Acuerdo Financiero, la Información de Defensa, los Procedimientos de Quejas, el Aviso de Prácticas de Privacidad. Se revisó contenido de estos documentos conmigo.

## DERECHOS Y PROTECCIÓN DEL CLIENTE:

He revisado este documento y se me ha entregado una copia de mis derechos, el procedimiento de reclamación y la información sobre la defensa del estado.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/tutor legal:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del personal/testigo:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*Fecha de entrada en vigor: 09/18/2013*

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE TU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, REVÍSALO DETENIDAMENTE.**

## **NUESTRO COMPROMISO EN MATERIA DE INFORMACIÓN MÉDICA:**

Entendemos que la información médica sobre ti y tu salud es personal. Nos comprometemos a proteger tu información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibes en WellStone Behavioral Health. Necesitamos este registro para proporcionarte una atención de calidad y para cumplir determinados requisitos legales. Este aviso se aplica a todos los registros de tu atención generados por WellStone Behavioral Health. Este aviso te informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti. También describimos tus derechos y determinadas obligaciones que tenemos en relación con el uso y la divulgación de información médica. La ley nos obliga a lo siguiente: asegurarnos de que la información médica que te identifica se mantenga de forma privada; informarte de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica sobre ti; notificar a las personas afectadas tras una violación de determinada información médica no protegida; y a cumplir los términos del aviso actualmente en vigor.

## **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI.**

Las siguientes categorías describen las distintas formas en que utilizamos y divulgamos la información médica. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite utilizar y divulgar información se encuadrarán en una de las categorías.

**Para tratamiento y alternativas de tratamiento.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti para proporcionarte tratamiento o servicios médicos. Las personas y los programas de WellStone Behavioral Health pueden compartir información médica sobre ti para coordinar los servicios que puedas necesitar. Podemos utilizar y divulgar tus datos médicos para informarte o recomendarte posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan interesarte.

**Para el pago.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti para que el tratamiento y los servicios que recibas a través de WellStone Behavioral Health puedan facturarse y cobrarse a ti, a una empresa de seguros o a un tercero. También podemos informar a tu plan de salud sobre un tratamiento que vayas a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si tu plan cubrirá el tratamiento.

**Para operaciones rutinarias de asistencia médica.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti para las operaciones rutinarias de WellStone Behavioral Health. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento de WellStone Behavioral Health y para garantizar que todos nuestros clientes reciban una atención de calidad. También podemos combinar la información médica que tenemos con información médica de otras entidades para comparar cómo lo estamos haciendo y ver dónde podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que te identifique de este conjunto de información médica para que otros puedan utilizarla para estudiar la asistencia médica y la prestación de asistencia médica sin saber quiénes son los pacientes concretos.

**Personas implicadas en tu asistencia o en el pago de esta.** Podemos revelar información médica sobre ti a un amigo o familiar que participe en tu atención médica, siempre que esa información sea directamente relevante para la participación de dicha persona en tu atención médica. También podemos dar información a alguien que ayude a pagar tu atención, siempre que esa información sea directamente relevante para el pago de tu atención médica. Además, podemos revelar información médica sobre ti a una entidad que preste asistencia en caso de catástrofe, de modo que tu familia pueda ser informada de tu estado, condición y ubicación. No obstante, puedes oponerte a dichos usos y divulgaciones y, como se describe a continuación, tienes derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica utilizada o divulgada por nosotros.

**Recordatorios de citas y beneficios y servicios relacionados con la salud** Podemos utilizar y divulgar información médica para comunicarnos contigo a fin de recordarte que tienes una cita para recibir tratamiento en WellStone Behavioral Health. Podemos utilizar y divulgar información médica para informarte sobre prestaciones o servicios relacionados con la salud que puedan ser de tu interés.

**Investigación.** En determinadas circunstancias, podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti a investigadores. Aunque la mayoría de los estudios de investigación clínica requieren el consentimiento específico del paciente, hay algunos casos en los que no es necesaria su autorización.

**Actividades de recaudación de fondos.** Podemos utilizar tu información médica para ponernos en contacto contigo con el fin de recaudar fondos para WellStone Behavioral Health. Solo divulgaríamos información de contacto como tu nombre, dirección y número de teléfono y las fechas en que recibiste tratamiento o servicios en WellStone Behavioral Health. Si no deseas que WellStone Behavioral Health se ponga en contacto contigo para recaudar fondos, debes notificárselo por escrito al responsable de la protección de datos.

**Asociados comerciales.** Hay algunos servicios que se prestan en WellStone Behavioral Health a través de contratos con socios comerciales.

Por ejemplo, consultores, contables, abogados y empresas de facturación externas. Cuando se contratan estos servicios, podemos revelar tu información médica a nuestro socio comercial para que pueda realizar el trabajo que le hemos encomendado. No obstante, para proteger tu información médica, exigimos al socio comercial que salvaguarde adecuadamente tu información.

**Como exige la ley.** Divulgaremos información médica sobre ti cuando así lo exija la legislación federal, estatal o local.

**Actividades de salud pública.** Podemos revelar información médica sobre ti a autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo, estamos obligados a informar de la existencia de una enfermedad transmisible, como la tuberculosis, al Departamento de Salud Pública de Alabama para proteger la salud y el bienestar del público en general. Podemos revelar información médica sobre ti a personas expuestas a una enfermedad contagiosa o que corran el riesgo de propagar la enfermedad. Podemos revelar información médica a una empresa si necesita los servicios sanitarios para determinar si tú has sufrido una lesión relacionada con el trabajo. Lo anterior incluye al Intercambio de Información Médica (HIE) de Alabama "One Health Record". El HIE permite a médicos, enfermeros, farmacéuticos y otros profesionales de atención médica compartir electrónicamente y de forma segura la información médica vital de un paciente. Tu historial clínico incluirá tus medicamentos, vacunas, alergias, resultados de pruebas actuales y anteriores, y resúmenes de tus problemas de salud pasados y presentes. No incluirá notas de psicoterapia ni otra información cuya divulgación requiera tu autorización específica en virtud de la legislación federal. El objetivo es mejorar la atención al paciente asegurándose de que los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica tengan un cuadro completo y reciente de tu salud cuando y donde sea necesario para tu tratamiento o atención. Para darse de baja de One health record, visita <https://www.onehealthrecord.alabama.gov/Content/uploads/Patient-OptOut>

**Víctimas de maltrato, abandono o violencia doméstica.** Estamos obligados a informar al Estado de Alabama de los casos de maltrato o abandono de niños y ancianos o de abuso o abandono doméstico.

**Actividades de supervisión sanitaria.** Podemos revelar información médica a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y concesión de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema sanitario, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**Demandas y litigios.** Si estás implicado en una demanda o litigio, podemos revelar información médica sobre ti en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos revelar información médica sobre ti en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarte sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada. Podemos divulgar información médica para procedimientos judiciales o administrativos, según lo exija la ley.

**Aplicación de la ley.** Podemos divulgar información médica con fines policiales según lo exija la ley, en respuesta a una citación válida, para la identificación y localización de fugitivos, testigos o personas desaparecidas, para presuntas víctimas de delitos, para fallecimientos que puedan haber sido consecuencia de una conducta delictiva y para supuestos delitos en las instalaciones.

**Médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos revelar información médica a un médico forense o examinador médico. También podemos revelar información médica a directores de funerarias cuando sea necesario para que lleven a cabo sus funciones.

**Donación de órganos y tejidos.** Si eres donante de órganos, podemos utilizar o divulgar información médica a organizaciones que se ocupan de la obtención de órganos o a otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o transporte de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** Podemos utilizar y divulgar información médica sobre ti cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para tu salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier revelación, sin embargo, solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**Militares y veteranos.** Si eres miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información médica sobre ti si así lo exigen las autoridades del mando militar. También podemos divulgar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia.** Podemos revelar información médica sobre ti a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**Servicios de protección para el Presidente y otros.** Podemos revelar información médica sobre ti a funcionarios federales autorizados para que puedan proporcionar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o a jefes de Estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones especiales.

**Indemnización por accidente laboral.** Podemos divulgar información médica sobre ti para programas de indemnización laboral o similares.

**Reclusos o personas bajo custodia.** Si estás internado en un centro penitenciario o bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos revelar información médica sobre ti al centro penitenciario o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley.

**Uso y divulgación de notas de psicoterapia, uso de información médica para comercialización y venta de información médica.** En general, salvo contadas excepciones, a menos que nos des tu autorización por escrito, no utilizaremos ni divulgaremos tus notas de psicoterapia (salvo cuando lo permita o exija la ley), no utilizaremos ni divulgaremos tu información médica con fines de comercialización y no venderemos tu información médica.

**Otros usos y divulgaciones.** Cualquier otro uso o divulgación solo se hará con tu autorización por escrito.

#### **TUS DERECHOS EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE TI.**

Aunque todos los registros relativos a tu tratamiento obtenidos en WellStone Behavioral Health son propiedad de WellStone Behavioral Health, tienes los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre ti:

**Derecho de inspección y copia.** Tienes derecho a consultar y copiar la información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre tu atención. Normalmente, esto incluye los historiales médicos y de facturación, pero no las notas de psicoterapia.

Para inspeccionar y copiar información médica que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre ti, debes presentar tu solicitud por escrito en el formulario requerido al Departamento de Información Sanitaria. Si solicitas una copia de la información, te cobraremos una tarifa por los costos de hacer copias, enviar por correo u otros suministros asociados a tu solicitud. Si la información que solicitas se mantiene electrónicamente y solicitas una copia electrónica, te proporcionaremos una copia en la forma y formato electrónicos que solicites, si la información puede producirse fácilmente en esa forma y formato. Si la información no puede presentarse fácilmente en esa forma y formato, trabajaremos contigo para llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato.

Podemos denegar tu solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se te deniega el acceso a información médica, puedes solicitar que se revise la denegación. La persona que lleve a cabo la revisión no será la misma que denegó tu solicitud. Cumpliremos el resultado de la revisión.

**Derecho de enmienda.** Si crees que la información médica que tenemos sobre ti es incorrecta o incompleta, puedes pedirnos que la modifiquemos. Tienes derecho a solicitar una modificación mientras la entidad conserve la información o la utilice en tu nombre.

Para solicitar una modificación, debes hacerlo por escrito en el formulario requerido y presentarlo al responsable de la protección de datos. Además, debes justificar tu solicitud. Podemos denegar tu solicitud de modificación si no se presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar tu solicitud si nos pides que modifiquemos 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 modificación; no forma parte de la información médica conservada por o para la entidad; no forma parte de la información que tú tendrías permitido inspeccionar y copiar; o es exacta y completa.

**Derecho a una explicación de las divulgaciones.** Tienes derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de ciertas divulgaciones que hemos hecho de información médica sobre ti. Para solicitar esta lista o contabilidad de divulgaciones, debes presentar tu solicitud por escrito al responsable de la protección de datos. Tu solicitud debe indicar un periodo de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. En tu solicitud debe indicar en qué forma deseas la lista (por ejemplo, en papel, en formato electrónico). La primera lista que solicites en un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarte por el coste de proporcionar la lista. Te notificaremos el coste correspondiente y tú podrás optar por retirar o modificar tu solicitud en ese momento antes de que se incurra en gasto alguno.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tienes derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o revelamos sobre ti para tratamientos, pagos u operaciones de asistencia médica. También tienes derecho a solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre ti a alguien que participe en tu atención o en el pago de esta, como un familiar o amigo.

**Salvo en los casos descritos a continuación, no estamos obligados a aceptar tu solicitud.** No obstante, si estamos de acuerdo, accederemos a tu solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarte un tratamiento de urgencia o la ley exija su divulgación. Accederemos a cualquier solicitud de restricción si (1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación se realiza a un plan de salud con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica (y no con el fin de llevar a cabo un tratamiento); y (2) la información se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que el proveedor de atención médica implicado ha pagado la totalidad de su bolsillo. No somos responsables de notificar a los proveedores de atención médica subsiguientes tu solicitud de restricciones a la divulgación a los planes de salud de esos artículos y servicios, por lo que deberás notificar a otros proveedores si deseas que acaten la misma restricción.

Para solicitar restricciones, debes presentar tu solicitud por escrito al responsable de la protección de datos. En tu solicitud, debes indicarnos (1) qué información deseas limitar; (2) si deseas limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién deseas que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a tu cónyuge.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tienes derecho a solicitar que nos comuniquemos contigo sobre asuntos médicos de una determinada manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, puedes pedir que solo nos pongamos en contacto contigo en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debes presentar tu solicitud por escrito al responsable de la protección de datos. No le preguntaremos el motivo de tu solicitud. Atenderemos todas las peticiones razonables. Tu solicitud debe especificar cómo o dónde deseas que nos pongamos en contacto contigo.

**Derecho a revocar la autorización.** Tienes derecho a revocar tu autorización para utilizar o divulgar tus datos médicos, salvo en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de tu autorización.

**Derecho a ser notificado de una infracción.** Tienes derecho a ser notificado en caso de que descubramos una violación de tu información médica protegida insegura, tal como se define en la legislación federal.

**Derecho a una copia impresa de este aviso.** Tienes derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puedes pedirnos que te entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Aunque hayas aceptado recibir este aviso por vía electrónica, tienes derecho a recibir una copia en papel. Para obtener una copia impresa de este aviso, ponte en contacto con el responsable de la protección de datos.

**Confidencialidad de los expedientes de abuso de alcohol y drogas.** La confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y drogas que mantiene esta organización está protegida por las leyes y reglamentos federales. En general, el programa no puede comunicar a nadie ajeno al programa que una persona concreta asiste al programa, ni revelar ninguna información que identifique a una persona concreta como consumidor de alcohol o drogas, a menos que se cumpla una de las siguientes condiciones: la persona lo autoriza por escrito; la divulgación está permitida por una orden judicial; la divulgación se realiza al personal médico en caso de urgencia médica o al personal cualificado para la evaluación del programa. La violación de la ley y los reglamentos federales por parte de un programa es un delito. Las sospechas de infracción pueden denunciarse a las autoridades competentes de acuerdo con la normativa federal.

**Posible impacto de la ley estatal.** En algunas situaciones, las leyes estatales de privacidad pueden proporcionar protecciones adicionales para tu información médica que utilizamos y divulgamos. Por ejemplo, la legislación de Alabama puede proporcionar mayores protecciones a la información médica relacionada con determinados registros de salud mental que debemos cumplir.

**CAMBIOS A ESTE AVISO** Nos reservamos el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectiva la notificación revisada o modificada para la información médica que ya tenemos sobre ti, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Colocaremos una copia del aviso vigente en las instalaciones de MHC.

**PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA DENUNCIAR UN PROBLEMA** Si tienes alguna pregunta y deseas información adicional, puedes ponerte en contacto con el responsable de la protección de datos en el 256-533-1970. Si crees que se han violado tus derechos de privacidad, puedes presentar una solicitud por escrito al funcionario de protección de los datos/seguridad de WellStone Behavioral Health. También puedes presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. **No se te sancionará por presentar una denuncia.**