



*Asian Pacific Counseling & Treatment Centers*

*Centros de tratamiento y asesoramiento de Asia Pacífico (APCTC) es una división de Servicio Especial para Grupos, Inc. (SSG), una persona jurídica contratada con Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (LACDMH)*

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

### **INTRODUCCIÓN A LOS SERVICIOS**

Los Centros de Tratamiento y Asesoramiento del Pacífico Asiático (APCTC) brindan Servicios de Salud Mental Especializados (SMHS) para personas que tienen enfermedades mentales o problemas emocionales que requieren tratamiento por parte de un especialista. Estas enfermedades o problemas son lo suficientemente graves como para obstaculizar la capacidad de una persona para continuar con sus actividades diarias. SMHS puede incluir pruebas psicológicas, psicoterapia/consejería, servicios de rehabilitación, medicamentos, administración de casos, pruebas de laboratorio, procedimientos de diagnóstico y otros servicios apropiados. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte el Manual para beneficiarios del Plan de salud mental del condado de Los Ángeles para servicios de salud mental especializados: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/mhp-handbooks/> (ver código QR en la página 7). Puede solicitar una copia de este Manual en cualquier momento.

Todos los SMHS proporcionados a un cliente dentro del sistema LACDMH serán coordinados por el personal de una sola agencia. Los servicios pueden prestarse en diferentes lugares si esto beneficiará el tratamiento del cliente. Para encontrar sitios de proveedores contratados y operados directamente por LACDMH en todo el condado de Los Ángeles, consulte el Directorio de proveedores de LACDMH: <https://dmh.lacounty.gov/pd/> (ver código QR en la página 7).

### **ENTREGA DE SERVICIOS**

Al proporcionar SMHS, APCTC utiliza principalmente el contacto en persona. Telesalud, teléfono, mensajes de texto limitados y correo electrónico también se utilizan para satisfacer mejor las necesidades de nuestros clientes.

Los **servicios de telesalud** incorporan el uso de videoconferencias junto con audio, de modo que los profesionales y los clientes puedan verse y comunicarse visualmente, aunque ambas partes se encuentren en una ubicación física diferente. Los **servicios telefónicos** incorporan el uso de un teléfono para que los profesionales y los clientes también puedan comunicarse entre sí, sin embargo, no hay capacidades visuales. Tanto para los servicios de telesalud como telefónicos, los profesionales continuarán brindando el SMHS cubierto al cliente, así como la documentación que se incluirá en el registro clínico del cliente para referencia futura.

**Mensajería de texto y mensajería de correo electrónico** son formas adicionales en las que nuestro personal puede comunicarse rápida y eficientemente con los clientes con respecto a sus servicios. Los mensajes de texto y correos electrónicos se limitarán a recordatorios de citas y tratamientos. Ocasionalmente, las encuestas de percepción del consumidor y/u otros recursos e información útiles pueden enviarse por correo electrónico. El personal no utilizará mensajes de texto o correo electrónico con fines de diagnóstico o terapia y no incluirá información de salud protegida (PHI). La única excepción sería en respuesta a la solicitud específica de un cliente para recibir PHI electrónica por correo electrónico. La PHI electrónica de un cliente será encriptada y protegida. De acuerdo con La Ley de Portabilidad y

Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), las normas de seguridad y privacidad del correo electrónico son necesarias para garantizar la privacidad y confidencialidad de los clientes.

Sin el consentimiento del cliente para la mensajería electrónica, el personal de APCTC no iniciará mensajes de texto o correo electrónico con los clientes ni ofrecerá mensajes de texto y correo electrónico como modos de comunicación. Si un cliente inicia mensajes de texto o correo electrónico con un miembro del personal de APCTC a pesar de no haber dado su consentimiento para hacerlo al comienzo del tratamiento, el personal responderá y considerará el inicio como un consentimiento temporal. El personal luego aclarará y recibirá el consentimiento por escrito para recibir mensajes electrónicos si es necesario. Es importante que los clientes mantengan informados a sus proveedores de salud mental sobre su información de contacto actual en caso de que cambie en cualquier momento.

### **INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Por ley, APCTC está obligado a garantizar que su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se mantenga privada. La PHI constituye información sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la provisión de servicios de atención médica para usted o el pago de dicha atención médica. Todos los clientes nuevos reciben un Aviso de prácticas de privacidad que explica cuándo, por qué y cómo APCTC usaría y/o divulgaría su PHI. Con algunas excepciones, APCTC no puede usar ni divulgar más de su PHI de lo necesario para lograr el propósito para el cual se hace el uso o la divulgación; sin embargo, APCTC siempre tiene la obligación legal de seguir las prácticas de privacidad. El Aviso de prácticas de privacidad se puede encontrar en: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy/> (ver código QR en la página 7).

### **CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden revelar a nadie sin su permiso por escrito. Hay excepciones en las que la ley requiere o permite la divulgación sin su permiso por escrito. Tales excepciones incluyen pero no se limitan a: 1. Sospecha de abuso (físico, sexual, verbal, negligencia, etc.) de niños. 2. Sospecha de abuso (físico, sexual, financiero, verbal, negligencia, etc.) de personas mayores y/o dependientes. 3. Amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de los demás (es decir, una amenaza de hacerse daño a sí mismo o a otra persona). La mayoría de las disposiciones que explican cuándo la ley exige la divulgación se describieron en el Aviso de prácticas de privacidad.

**Seguro Médico y Confidencialidad De Registros:** La divulgación de información confidencial puede ser requerida por su aseguradora de salud o HMO/PPO/MCO/EAP para procesar los reclamos de pago. Solo se comunicará al transportista la información mínima necesaria. APCTC no tiene control ni conocimiento sobre lo que hacen las compañías de seguros con la información.

**Limitación de Litigios:** Debido a la naturaleza del proceso terapéutico y al hecho de que a menudo implica hacer una revelación completa con respecto a muchos asuntos que pueden ser de naturaleza confidencial, se acuerda que en caso de que haya procedimientos legales (tales como, entre otros, el divorcio y disputas de custodia, lesiones, demandas, etc.), ni usted ni su abogado, ni ninguna otra persona que actúe en su nombre llamará a APCTC para testificar en la corte o en cualquier otro procedimiento.

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA BENEFICIARIOS ADULTOS**

Una directiva anticipada de atención médica es un documento legal que le permite a una persona declarar por adelantado sus deseos en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica en el futuro. Todos los beneficiarios de Medi-Cal mayores de 18 años tienen derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento médico a menos que estén conservados o se le haya otorgado a un tercero la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica. Cualquier persona mayor de 18 años que tenga la "capacidad" para tomar decisiones de atención médica puede completar una Directiva anticipada de atención médica. "Capacidad" significa que la persona comprende la naturaleza y las consecuencias de la atención médica propuesta, incluidos los riesgos y beneficios.

Una directiva anticipada de atención médica entra en vigencia cuando el médico de atención primaria de la persona decide que la persona no tiene la "capacidad" para tomar sus propias decisiones de atención médica. Esto significa que la persona no puede comprender la naturaleza y las consecuencias de la atención médica propuesta. El hecho de que una persona haya sido admitida en un centro psiquiátrico no significa que la persona carezca de "capacidad".

En California, una directiva anticipada consta de dos partes: (1) designación de un agente para la atención médica; y (2) instrucciones individuales de atención médica. Para una persona con una discapacidad psiquiátrica, una directiva anticipada de atención médica puede:

- Permitirle tomar decisiones de tratamiento ahora en caso de que necesite tratamiento de salud mental en el futuro. Puede decirle a su médico, institución, proveedor, centro de tratamiento y juzgar qué tipos de tratamiento quiere y no quiere.
- Seleccione a un amigo o familiar para que tome decisiones sobre la atención de la salud mental, si no puede hacerlo usted mismo.
- Mejorar la comunicación entre usted y su médico.
- Reducir la necesidad de largas estancias en el hospital.
- Conviértase en parte de su registro médico.

En California, una directiva anticipada de atención médica es indefinida. Puedes cambiar de opinión en cualquier momento, siempre que tengas la "capacidad" para tomar decisiones. Es una buena idea revisar su Directiva Anticipada de Atención Médica anualmente para asegurarse de que se expresen sus deseos. También es importante realizar un seguimiento de quién tiene una copia de su Directiva anticipada de atención médica en caso de que realice cambios en el documento. Usted, su agente (la persona designada para tomar decisiones de atención médica si usted no puede hacerlo), cada uno de sus proveedores de atención médica y cada uno de sus proveedores de salud mental deben tener una copia de su Directiva anticipada de atención médica.

Los formularios de directivas anticipadas de atención médica se pueden obtener de su abogado e Internet. Puede obtener asesoramiento legal sobre una Directiva anticipada de atención médica de su abogado y/o de Protection and Advocacy, Inc. Las quejas relacionadas con el incumplimiento de los requisitos de la Directiva anticipada de atención médica pueden presentarse ante el Departamento de Licencias del Departamento de Servicios de Salud (DHS) de California. y Certificación llamando al 1-800-236- 9747 o por correo postal a P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413.

## **EL PROCESO DE TERAPIA/EVALUACIÓN**

La participación en la terapia puede generar una serie de beneficios para usted, incluida la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de las inquietudes específicas que lo llevaron a buscar terapia. Sin embargo, trabajar para obtener estos beneficios requiere esfuerzo de su parte. La terapia puede resultar en decisiones sobre cambios de comportamiento, empleo, uso de sustancias, educación, vivienda o relaciones. A veces, una decisión que es positiva para un miembro de la familia es vista negativamente por otro miembro de la familia. El cambio a veces será fácil y rápido, pero más a menudo será lento y difícil. No hay garantía de que la terapia produzca resultados positivos o previstos.

**Discusión del plan de tratamiento:** después de la(s) sesión(es) inicial(es) con un médico designado que tiene la tarea de evaluar sus problemas/necesidades actuales y deficiencias funcionales, el médico colaborará con usted en una comprensión funcional del problema, plan de tratamiento, objetivos terapéuticos, y nuestra opinión de los posibles resultados del tratamiento. Tiene derecho a preguntar sobre cualquiera de los procedimientos utilizados en el curso de su terapia, la experiencia de APCTC al emplearlos, sobre el plan de tratamiento u otros tratamientos para su afección y sus posibles riesgos y beneficios. Si pudiera beneficiarse de algún tratamiento que APCTC no brinda, lo derivaremos a otros recursos.

**Terminación:** Tiene derecho a terminar la terapia en cualquier momento. Si elige hacerlo, APCTC le proporcionará los nombres de otras agencias y/o profesionales calificados cuyos servicios podría preferir. Si en algún momento durante el tratamiento, APCTC evalúa que no somos efectivos para ayudarlo a alcanzar los objetivos del tratamiento, lo discutiremos con usted y finalizaremos el tratamiento. APCTC se reserva el derecho de terminar el tratamiento en caso de amenazas o de actos violentos reales contra nuestro personal u otros.

**Relaciones duales:** Las relaciones duales se refieren a cualquier relación además de la relación terapéutica entre el personal de APCTC y el cliente. APCTC prohíbe tales relaciones duales.

## **POLÍTICA DE ASISTENCIA/CANCELACIÓN**

La asistencia regular y constante contribuye a los resultados positivos del tratamiento. No cancelar con anticipación o faltar a las citas es una interrupción del tratamiento. Además, las cancelaciones y ausencias de última hora afectan nuestra capacidad de proporcionar citas a otras personas que necesitan tratamiento.

**Cancelación:** Si necesita cancelar su cita, proporcione un aviso mínimo de 24 horas. Si APCTC necesita cancelar o recordarle su cita, intentaremos comunicarnos con usted por teléfono lo antes posible. Salvo que indique lo contrario, te dejaremos un mensaje telefónico.

**Cancelaciones tardías:** después de dos (2) cancelaciones tardías (cancelación con menos de 24 horas antes de su cita), no se puede realizar ni garantizar la hora de su cita preferida. Las cancelaciones múltiples de citas dentro de un período de 60 días pueden resultar en el cierre de su caso con APCTC.

**No Presentación:** Si no se presenta a su cita sin cancelar, eso se considera *NO PRESENTACIÓN*. Después de su primera *NO PRESENTACIÓN*, cualquier *NO PRESENTACIÓN* adicional resultará en la cancelación de cualquier cita futura que haya programado con el miembro del personal. Después de tres (3) *NO PRESENTACIONES* con cualquier miembro del personal, su caso puede cerrarse con APCTC.

## **PAGOS Y REEMBOLSO DE SEGURO**

Usted es responsable de la tarifa del tratamiento. Si tiene seguro (Medi-Cal, Medi-Care, etc...), es su responsabilidad mostrar prueba de cobertura e informarnos. Facturaremos a su compañía de seguros y le proporcionaremos la información mínima requerida para procesar el reclamo de pago.

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PAGADOR (UMDAP):** También deberá actualizar y firmar el formulario de INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PAGADOR anualmente. El personal de nuestra oficina comercial recibirá esta información de usted anualmente.

**BASE DE DATOS DE PAGOS:** La Ley Federal Sunshine de Pagos a Médicos exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos por valor de más de diez dólares (\$10) a médicos por parte de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos. La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. La base de datos de <http://openpaymentsdata.cms.gov>

### **AVISO A CLIENTES/CONSUMIDORES/PACIENTES**

Se puede presentar una queja ante la Junta de Ciencias del Comportamiento (BBS), donde el médico está autorizado/registrado (es decir, terapeutas matrimoniales y familiares o trabajadores sociales clínicos), con respecto a los servicios recibidos por el médico. Este aviso cumple con AB 630, Capítulo 229, Estatutos de 2019 para proporcionar esta información a los clientes que reciben psicoterapia. De manera similar, se puede presentar una queja ante la Junta de Psicología, donde el profesional es un psicólogo autorizado/registrado. O bien, se puede presentar una queja ante la Junta Médica de California, donde el médico es un médico con licencia.

### ***CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA:***

La Junta de **Ciencias del Comportamiento** recibe y responde a las quejas sobre los servicios prestados dentro del ámbito de la práctica de (terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos con licencia, trabajadores sociales clínicos o consejeros clínicos profesionales). Puede comunicarse con la junta en línea en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov) o llamando al (916) 574-7830.

**La Junta de Psicología del Departamento de Asuntos del Consumidor recibe y responde preguntas y quejas sobre la práctica de la psicología.** Si tiene preguntas o quejas, puede comunicarse con la Junta en Internet en [www.psychology.ca.gov](http://www.psychology.ca.gov), enviando un correo electrónico a [bopmail@dca.ca.gov](mailto:bopmail@dca.ca.gov), llamando al 1-866-503-3221 o escribiendo a la siguiente dirección : Junta de Psicología 1625 North Market Blvd, Suite N- 215 Sacramento, CA 95834.

**La Junta Médica de California regula a los médicos con licencia.** Para verificar una licencia o presentar una queja, visite [www.mbc.ca.gov](http://www.mbc.ca.gov), envíe un correo electrónico a: [licensecheck@mbc.ca.gov](mailto:licensecheck@mbc.ca.gov) o llame al (800) 633-2322

Se pueden encontrar materiales adicionales sobre los derechos del cliente y procedimientos y formularios de quejas y apelaciones en [dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/](http://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/) (ver código QR en la página 7) y en el Manual para beneficiarios de servicios especializados de salud mental del condado de Los Ángeles. Se puede contactar a la Oficina de Derechos del Paciente de LACDMH llamando al (800) 700-9996. El paquete de bienvenida de APCTC tiene información y las quejas se pueden expresar llamando al director al (213) 252-2100 o a través de [www.apctc.org](http://www.apctc.org).

### **PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, llame a la policía (911), a la línea de emergencia de salud mental (988) o al número de ACCESO del Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles: (800) 854-7771. También puede enviar un mensaje de texto a la línea de texto de crisis "HOME" al 741741.



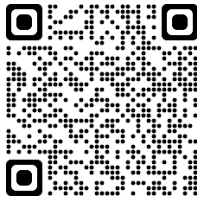
**Asian Pacific Counseling & Treatment Centers**  
*A Division of Special Service for Groups*

**CÓDIGOS QR**

Escanee los siguientes códigos QR para acceder a nuestro sitio web y formularios de APCTC.

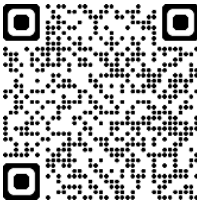
[APCTC Website](http://www.apctc.org)

www.apctc.org



[APCTC Website-Forms](https://www.apctc.org/forms.html)

https://www.apctc.org/forms.html



[APCTC Welcome Packet](https://www.apctc.org/uploads/1/1/5/0/115018149/apctc_welcome_packet_english_5.15.23_final.pdf)

https://www.apctc.org/uploads/1/1/5/0/115018149/apctc\_welcome\_packet\_english\_5.15.23\_final.pdf





**Asian Pacific Counseling & Treatment Centers**  
*A Division of Special Service for Groups*

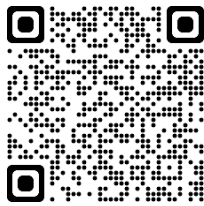
**CÓDIGOS QR**

Escanee los siguientes códigos QR para acceder a nuestro sitio web y formularios de APCTC.

**Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles**

[Provider Directory](#)

<https://dmh.lacounty.gov/pd/>



[Consumer Resource Directory](#)

[https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1059976\\_CONSUME RRESOURCEDIRECTORY\\_07-19\\_.pdf](https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1059976_CONSUME RRESOURCEDIRECTORY_07-19_.pdf)



[Notice of Privacy Practices](#)

[https://file.lacounty.gov/SDSInter/dhs/1034641\\_rev218HA10 052017FinalHANPPHandoutEnglish.pdf](https://file.lacounty.gov/SDSInter/dhs/1034641_rev218HA10 052017FinalHANPPHandoutEnglish.pdf)



[Request for Change of Provider Form](#)

[https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1041262\\_200\\_05\\_Att \\_1\\_English.pdf](https://file.lacounty.gov/SDSInter/dmh/1041262_200_05_Att _1_English.pdf)



[Mental Health Plan Beneficiary Handbooks](#)

<https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/mhp- handbooks/>



[Beneficiary/Client Grievance or Appeal and Authorization Forms](#)

<https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/>



\*please scroll down and choose your language of choice



**Asian Pacific Counseling & Treatment Centers**  
A Division of Special Service for Groups

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RECONOCIMIENTOS

Yo, \_\_\_\_\_, consentimiento para recibir servicios de salud mental por Centros de Tratamiento y Asesoramiento de Asia Pacífico (APCTC).

He leído la información proporcionada en este consentimiento. Tuve la oportunidad de preguntarpreguntas sobre esta información, y todas mis preguntas han sido respondidas. Entiendo la información escrita proporcionada.

- |                                                                          |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| • <i>Doy mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud</i> | yes | no |
| • <i>Doy mi consentimiento para el uso de los servicios telefónicos</i>  | yes | no |
| • <i>Doy mi consentimiento para comunicar por mensajes de texto</i>      | yes | no |

*Numero de telefono:* \_\_\_\_\_

- |                                                               |     |    |
|---------------------------------------------------------------|-----|----|
| • <i>Doy mi consentimiento para uso de correo electronico</i> | yes | no |
|---------------------------------------------------------------|-----|----|

*Correo Electronico para telesalud y/o correo electronico:* \_\_\_\_\_

*Escriba sus iniciales para indicar que comprende los siguientes elementos:*

- **Privacidad y limites de Confidencialidad** \_\_\_\_\_
- **Proceso de Terapia/Evaluación y Terminación** \_\_\_\_\_
- **Políca Asistencia/ Cancelación** \_\_\_\_\_
- **Pagos y Reembolso de Seguros** \_\_\_\_\_
- **Aviso a Cliente/Consumidor/Paciente** \_\_\_\_\_
- **Procedimientos Emergencia** \_\_\_\_\_

*Instrucciones Anticipadas De Atención Médica*

- |                                                                                           |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| • <b>Me han proporcionado information sobre Directivas Anticipadas de Atención Médica</b> | yes | no |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|

- |                                                                                |     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| • <b>Tengo una directiva anticipada de atención médica actualmente vigente</b> | yes | no |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|----|

*En caso afirmativo, proporcione una copia para que la coloquemos en su expediente clínico.*





Asian Pacific Counseling & Treatment Centers
A Division of Special Service for Groups

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y RECONOCIMIENTOS (CONT.)

Al cliente se le ofreció el paquete de bienvenida de APCTC y los siguientes materiales sobre los derechos del paciente en el primer momento. recibiendo servicios. Se pueden solicitar copias de estos materiales en cualquier momento.

Table with 3 columns: Document Name, QR code/links, and hard copies. Rows include: Paquete de bienvenida de APCTC, Manual del Beneficiario del Plan de Salud Mental, Procedimientos de quejas y apelaciones de LAC-DMH, Directorio de proveedores, Directorio de recursos del consumidor, LACDMH Solicitud de Cambio de Proveedor, and Aviso de Prácticas de Privacidad de LACDMH.

Al firmar, doy mi consentimiento para recibir servicios y reconozco haber recibido los documentos anteriores en la cita de admisión, ser presentado a los servicios en esta agencia y ser informado sobre mis derechos como cliente.

Form with three rows for signatures: Firma de la Cliente \*, Firma del Adulto Responsable \*\*, and Firma del Personal\*\*\*. Each row includes fields for Fecha and Nombre/Relación/Idioma.

\* Un cliente menor de edad que recibe servicios bajo su propia firma debe tener el formulario de Consentimiento de Menor firmado en el expediente clínico.

\*\* Adulto Responsable = Tutor, Curador o Padre del menor cuando se requiera.

\*\*\* Testigo/Intérprete = Persona que presencié la firma del formulario (puede ser personal u otra persona) o la persona que interpretó este formulario a otro idioma para el cliente (debe incluir el idioma en el que se interpretó).

- El cliente recibió las copias anteriores, pero no está dispuesto a firmar el Formulario de Consentimiento para Servicios y Reconocimientos
El cliente y/o adulto responsable no está disponible/no puede firmar. Consentimiento verbal/implícito proporcionado el
Debido a la admisión realizada a través de telesalud/teléfono, se discutió la información y se dirigió al cliente a www.apctc.org para ver los documentos. Se ofrecerán copias impresas en la reunión en persona

Confidentiality notice box with fields for Name, IS#, Agency, and Provider #.

