



PORQUE USTED IMPORTA.

<https://ccbhc.org/>

Oficina de Middleburg
3292 County Road 220
Middleburg, Florida 32068
(904) 291-5561

Oficina de Loch Rane
2141 Loch Rane Blvd, Suite 120,
Orange Park, FL 32244
904-213-2945

Oficina de Knight Boxx
89 Knight Boxx Road,
Orange Park, FL,
32065 904-213-2909

Oficina de Green Cove Springs
1345 Idlewild Ave. Building
D, Green Cove Springs, FL
32043 904-529-2233

Oficina de Keystone
7412 State Rd 21 Keystone
Heights, FL 32656
904-291-5561 x5001

Clay Behavioral Health Center, Inc. se dedica a mejorar la calidad de vida de los residentes del Condado de Clay, brindando servicios de salud mental y de tratamiento por uso de sustancias de costo accesible, mediante un enfoque integral de atención basado en la comunidad.

Construyendo una comunidad más saludable, una vida a la vez.

Cómo comenzar con Clay Behavioral Health Center (CBHC)

Sabemos que buscar apoyo puede ser difícil, y valoramos su valentía al dar este paso hoy. Nos alegra que nos haya elegido; estamos aquí para brindarle el apoyo y los recursos que necesita durante su tratamiento.

Cómo acceder a los servicios:

- **Llame a nuestra oficina principal al (904) 291-5561** para comunicarse con nuestro Equipo de Acceso.
- **Visite nuestra oficina de Middleburg** para reunirse con un Especialista de Acceso. Le ofrecerá recomendaciones de tratamiento o referidos, según sea necesario.
- **Por favor, llame o visite nuestro sitio web para conocer los horarios más actualizados.**

Qué esperar en su primera visita:

- Su primera visita durará aproximadamente **dos horas y media (2.5 horas)**, a menos que se requiera una remisión para atención especializada.
- Nuestro personal le dará la bienvenida y le ayudará a acceder a nuestro **portal del cliente** para proporcionar información importante.
- Se reunirá con una persona de nuestro personal para hablar sobre sus preocupaciones.
- Después de su sesión, programaremos su próxima cita con su terapeuta y juntos elaborarán un plan de tratamiento de acuerdo con sus necesidades.

Documentos e información necesarios para su visita:

Para asegurar que su visita transcurra sin inconvenientes, por favor:

- ✓ Haga cualquier pregunta sobre el portal en línea o sobre su tratamiento.
- ✓ Traiga la documentación que compruebe **la tutela legal**, si corresponde.
- ✓ Si se requiere, tenga lista la **documentación del tribunal**.
- ✓ Prepare una **lista de los medicamentos** que está tomando.
- ✓ Traiga una **identificación válida, comprobante de ingresos e información del seguro médico** (si está disponible).

Información sobre pagos:

CBHC ofrece una **escala de tarifas ajustadas** según los ingresos y el tamaño del hogar. Aceptamos pago por cuenta propia y determinamos la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Nuestro equipo de finanzas revisará los ingresos de su hogar y cualquier entidad pagadora, como Medicaid, Medicare o seguro médico privado.

- Se espera que el pago se realice al momento de recibir el servicio; sin

embargo, si es necesario, podemos ayudarle a establecer un **plan de pagos**.

- Para más información, comuníquese con cualquier oficina de CBHC de **lunes a viernes, de 8:30 am. a 5:00 pm.** (consulte la portada de este manual para ver las ubicaciones).

Apoyo en caso de emergencia y crisis:

- ✓ **Línea de ayuda en crisis 24/7:** Llame al **(904) 291-5561** para recibir apoyo inmediato de salud mental o por consumo de sustancias.
- ✓ **En caso de emergencia, llame al 911.**
- ✓ **Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis:** Llame o envíe un mensaje de texto al **988** para recibir apoyo gratuito y confidencial en cualquier momento.
- ✓ **Equipo de Respuesta Móvil de CBHC (MRT) (Solo para el Condado de Clay):** Llame al **(904) 291-4357 (HELP)** para recibir asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana.

Tabla de contenido:

1. Declaración de derechos del cliente.....	3-5
2. Aviso sobre prácticas de privacidad.....	6-9
3. Cómo solicitar expedientes.....	9
4. Cómo ejercer sus derechos.....	10
5. Procedimiento para presentar quejas	10-11
6. Estándares de conducta de CBHC.....	11-12
7. Acreditación.....	12
8. Directiva Anticipada De Salud Mental.....	12-13
9. Consentimiento para el tratamiento.....	13-15
10. Citas de telesalud.....	15
11. Cómo acceder al Portal del Cliente.....	16
12. Servicios en Clay Behavioral Health Center.....	16-19
13. Información sobre Narcan (prevención de sobredosis).....	19-20
14. Información sobre el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).....	20

Declaración de derechos y responsabilidades del cliente:

(Estatuto de Florida 394.459)

Si tiene dificultad para leer o comprender cualquier información que le proporcionemos, por favor solicite asistencia. Con gusto le ayudaremos.

Consentimiento informado:

Usted tiene derecho a recibir una explicación completa de los servicios de CBHC, su tratamiento y las responsabilidades tanto suyas como nuestras **antes de decidir recibir servicios como cliente**.

- La orientación se realiza para que reciba esta información de forma clara y fácil de entender.
 - Puede hacer todas las preguntas que necesite en cualquier momento.
 - Al finalizar la orientación, firmará la “**Lista de verificación de orientación**” para confirmar que la información fue explicada de manera clara y que sus preguntas fueron atendidas.
-

Sus derechos como cliente de CBHC:

1. Derecho a la dignidad individual

- Su dignidad y sus derechos constitucionales siempre serán respetados.
- Recibirá tratamiento en el **entorno menos restrictivo** que garantice una atención de calidad.

2. Derecho al tratamiento

- No se le pueden negar los servicios por no poder pagar.
- CBHC no niega tratamiento por motivos de **raza, género, etnia, edad, nacionalidad u orientación sexual**.

3. Derecho al consentimiento expreso e informado

- Antes de iniciar los servicios, se le solicitará su **consentimiento expreso e informado** para el tratamiento.
- Si es **menor de edad o tiene una incapacidad legal**, el consentimiento puede obtenerse de sus padres, su tutor legal o un defensor designado por el tribunal.
- Puede **retirar su consentimiento en cualquier momento**, excepto en circunstancias especiales.

4. Derecho a un tratamiento de calidad

- Usted merece servicios seguros, respetuosos y adaptados a sus necesidades.

5. Derecho a la comunicación y a reportar abuso

- Recibirá **instrucciones por escrito y de manera verbal** sobre cómo reportar abuso.
- Haremos todo lo posible por presentar esta información de una manera clara y fácil de entender.

6. Derecho a sus pertenencias personales

- Puede conservar sus pertenencias personales, **a menos que sea necesario retirarlas por razones de seguridad o médicas.**
- Si se retira algún artículo, se registrará en un inventario firmado por testigos.

7. Derecho al voto

- Tiene derecho a **inscribirse y votar** en las elecciones si cumple con los requisitos.

8. Derecho a revisión legal (Habeas Corpus)

- Puede solicitar una **revisión judicial** si considera que se le está privando de su libertad de manera ilegal o que se le está negando un derecho legal.

9. Derecho a participar en la planificación del tratamiento y del alta

- Participará activamente en las decisiones sobre su tratamiento y su alta.
- Puede reunirse con su proveedor con un **aviso razonable** para hablar sobre su progreso y sus metas.
- Puede **suspender el tratamiento en cualquier momento**; sin embargo, si el tratamiento ha sido ordenado por el tribunal o si está bajo medicación supervisada, podrían existir consecuencias. Consulte con su proveedor y con el tribunal antes de suspender el tratamiento.

Confidencialidad y privacidad:

- Sus **expedientes son confidenciales** y están protegidos por la ley federal.
- Solo compartiremos información con su consentimiento por escrito, excepto en situaciones legales específicas.

CBHC puede comunicarse con algunos clientes después del alta para preguntar sobre su experiencia y su progreso. Si desea compartir comentarios, por favor actualice con nosotros su información de contacto.

Aviso sobre prácticas de privacidad - Clay Behavioral Health Center (CBHC)

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Nuestro compromiso con su privacidad:

CBHC está comprometido a proteger su información de salud. Esto forma parte de nuestro código de ética y es un requisito legal.

- **La Información de Salud Protegida (PHI)** incluye cualquier información que lo identifique y que esté relacionada con su salud, su tratamiento o el pago de los servicios.
- Estamos obligados a:
 - Mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI).
 - Informarle sobre nuestras responsabilidades legales y sus derechos.
 - Cumplir con las políticas establecidas en este aviso.

No compartimos su Información de Salud Protegida (PHI) con terceros, a menos que sea para fines de **tratamiento, pago u operaciones de atención médica**, o a menos que usted otorgue autorización por escrito mediante un formulario de **Autorización para Divulgación de Información (ROI)**.

Cómo podríamos usar y divulgar su Información de Salud Protegida (PHI):

Para tratamiento

Podríamos compartir la Información de Salud Protegida (PHI) con el personal de CBHC y con proveedores externos que participen en su tratamiento, incluyendo:

- Médicos, personal de enfermería y terapeutas que le atienden.
- Laboratorios que analizan muestras (por ejemplo, pruebas de orina).
- Planes de salud u otros proveedores que coordinan sus servicios.

Para pagos

Podríamos usar o divulgar la Información de Salud Protegida (PHI) para:

- Enviar facturas a su proveedor de seguro médico.
- Verificar la necesidad médica con su plan de salud.
- Facilitar el pago de servicios de proveedores externos (por ejemplo, laboratorios).

Para operaciones de atención médica

Podríamos utilizar la Información de Salud Protegida (PHI) para mantener la calidad de los servicios y cumplir con los reglamentos.

Esto incluye:

- Revisiones internas de calidad para asegurar que el tratamiento sea adecuado.
- Auditorías externas realizadas por:
 - La entidad administradora de CBHC (Lutheran Services of Florida).
 - El Departamento de Niños y Familias de Florida (DCF).
 - El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS).
 - Nuestra entidad acreditadora (CARF).
 - Compañías de seguros médicos (si corresponde).

Otras situaciones en las que podríamos compartir su Información de Salud Protegida (PHI) :

Emergencias

- En situaciones urgentes, podríamos compartir la Información de Salud Protegida (PHI) según sea necesario para brindarle atención.

Asociados comerciales

- Podríamos compartir su Información de Salud Protegida (PHI) con compañías externas que prestan servicios en nuestro nombre (por ejemplo, servicios de facturación).
- Estas compañías están obligadas a **proteger su información** conforme a estrictos acuerdos de confidencialidad y privacidad.

Protección infantil

- Por ley, estamos obligados a reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil.

Otras divulgaciones requeridas por ley

Sin su autorización, podemos compartir su **Información de Salud Protegida (PHI)** cuando la ley lo requiera, incluyendo los siguientes casos:

- **Órdenes judiciales.**
- **Autoridades de salud pública.**
- **Agencias federales** (para actividades militares o de inteligencia).
- **Autoridades policiales** (bajo condiciones específicas permitidas por la ley).
- **Forenses, médicos examinadores y directores de funerarias.**

- **Instituciones correccionales** (en el caso de personas privadas de libertad).
 - **Proyectos de investigación aprobados** (usted puede negarse a participar).
-

Divulgaciones que requieren su autorización por escrito:

No compartiremos su **Información de Salud Protegida (PHI)** sin su autorización por escrito, excepto en los casos descritos anteriormente. Se requiere su consentimiento por escrito para:

- **Notas de psicoterapia.**
 - **Compartir PHI con familiares o amigos.**
 - Si usted es **adulto**, usted controla quién puede tener acceso a su PHI.
 - Si usted es **menor de edad** y recibe tratamiento por **abuso de sustancias**, solo usted puede autorizar la divulgación de su información (incluyendo a padres o tutores legales).
-

Sus derechos legales:

1. Derecho a solicitar comunicación confidencial

- Usted puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono, correo electrónico o correo postal).
- Atenderemos su solicitud siempre que sea posible.

2. Derecho a ser notificado de una violación de seguridad

- Si su PHI se ve comprometida, le informaremos lo antes posible.

3. Derecho a solicitar restricciones

- Usted puede solicitar límites sobre cómo usamos o divulgamos su **Información de Salud Protegida (PHI)**.
- Si usted pagó de su **propio bolsillo** un servicio en su totalidad, puede solicitar que la PHI relacionada con ese servicio no sea divulgada a su seguro médico.

4. Derecho a revocar su consentimiento

- Usted puede **revocar** su consentimiento por escrito en cualquier momento; sin embargo, las divulgaciones realizadas con anterioridad no se verán afectadas.

5. Derecho a solicitar enmiendas a su expediente

- Si usted considera que existe un error en su expediente, puede solicitar una corrección.

- Si no estamos de acuerdo con la corrección solicitada, usted puede añadir una **declaración de desacuerdo** a su archivo.

6. Derecho a recibir un registro de divulgaciones

- Usted puede solicitar una **lista** de las ocasiones en las que su Información de Salud Protegida (PHI) fue divulgada (excluyendo divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica).
- Si las autoridades policiales están involucradas en una investigación en curso, algunas divulgaciones pueden ser retenidas temporalmente conforme a la ley.

7. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso

- Usted puede solicitar una **copia física** de este aviso en cualquier momento.

8. Derecho a designar un representante personal

- Usted puede designar a una persona para que actúe en su nombre en asuntos relacionados con sus derechos de privacidad.
- Los clientes hospitalizados de manera involuntaria tienen derecho a designar un representante para recibir notificaciones legales.
- Los **menores con suficiente madurez** pueden tomar decisiones independientes con respecto a su Información de Salud Protegida (PHI).

9. Derecho a revisar y obtener copias de su expediente

- Usted puede revisar su expediente, a menos que un profesional clínico determine que hacerlo podría causarle un daño grave.
- La información proporcionada de manera **confidencial por otras personas** puede ser excluida.
- Se cobrará un cargo de **\$1.25 por página** por las copias solicitadas.

Cómo solicitar una copia de su expediente:

1. Visite la oficina de **CR220 Middleburg** o llame al **Departamento de Registros Médicos** al **(904) 291-5561**.
2. Un miembro del personal le ayudará a completar un **formulario electrónico de Solicitud de Información (ROI)**.
3. Usted recibirá una llamada dentro de un plazo de **30 días** para recoger su expediente o para que sea enviado a la **oficina médica de su preferencia**.

Cómo ejercer sus derechos:

Si tiene preguntas sobre nuestras políticas y procedimientos, desea ejercer sus derechos o necesita presentar una queja, comuníquese con nuestro **Oficial de Privacidad** en:

Teléfono: (904) 385-2135 ext. 7007

Clay Behavioral Health Center
41 Knight Boxx Road
Orange Park, FL 32065

- Si su queja está relacionada con trato injusto basado en raza, color, origen nacional o discapacidad, comuníquese con nuestro **Coordinador del Título VI** al **(904) 385-2135 ext. 7004**
- Usted también puede presentar una queja ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services): Oficina de Derechos Civiles**
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Línea directa de la OCR: 1-800-368-1019

Nunca tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Procedimiento de quejas del cliente:

CBHC está comprometido a atender y resolver las quejas de los clientes. Si usted tiene inquietudes sobre su tratamiento o necesita ayuda para resolver una situación, puede seguir este procedimiento de quejas para apelar decisiones tomadas por el personal de CBHC.

Para comenzar, solicite a cualquier miembro del personal el folleto **del Procedimiento de Quejas del Cliente**. Este incluye un **Formulario de Queja de Tratamiento**, el cual usted puede completar y entregar. Si necesita ayuda con el proceso, el personal está disponible para asistirle.

Si su situación es urgente y esperar una respuesta pudiera causarle daño, usted puede presentar su queja **directamente al Director Ejecutivo (CEO)**. Si necesita reportar abuso, llame al **1-800-96-ABUSE**.

Pasos para presentar una queja

1. **Comuníquese con el miembro del personal** que tomó la decisión. Esta persona responderá dentro de **24 horas**.

2. Si el asunto no se resuelve, **notifique por escrito al gerente del programa**. Este responderá dentro de **3 días** y, si el asunto se resuelve, proporcionará un resumen por escrito dentro de **24 horas**.
3. Si aún no se resuelve, la **Gerencia Administrativa** revisará la queja. Usted recibirá una respuesta dentro de un plazo de **3 días** y, de resolverse, se le entregará un resumen por escrito.
4. Si es necesario, solicite una revisión por parte del **Director Ejecutivo (CEO)**. El CEO responderá dentro de **5 días laborables** y proporcionará un **resumen por escrito** dentro de **24 horas** si el asunto se resuelve.
5. Si usted aún no está satisfecho, puede solicitar una reunión con un **comité de la Junta Directiva**. La decisión de este comité será **final**.

CBHC es independiente de los siguientes grupos de defensa. Usted puede presentar una queja ante estas agencias en cualquier momento, sin necesidad de completar primero el proceso de CBHC:

Agencias de apoyo y defensa

- **Lutheran Services Florida:** (904) 900-1075
- **Departamento de Niños y Familias – Circuito 4:** (904) 580-2096
- **Oficina del Condado de Clay – Circuito 4:** (904) 284-6302
- **CARF – Comisión de Acreditación en Rehabilitación:** 1-888-281-6531
- **Centro de Defensa para Personas con Discapacidades:** 1-800-342-0823
- **Línea Directa de Abuso de Florida:** 1-800-962-2873

Contactos adicionales

- **Departamento de Niños y Familias (DCF) – Oficina de Derechos Civiles:**
(850) 487-1901 | TDD: (850) 922-9220
- **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) – Oficina de Derechos Civiles:**
(404) 562-7886 | TDD: (404) 562-7884
- **Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (NAMI) – Condado de Clay:**
(904) 291-5568 ext. 3525

Normas de conducta del Clay Behavioral Health Center (CBHC):

- **Respeto para todos** – El personal y los clientes deben ser tratados con respeto. **No se tolerará conducta ni lenguaje abusivo, violento o irrespetuoso.**
- **No armas** – No se permiten armas de ningún tipo en las instalaciones, excepto cuando la ley lo autorice.
- **No drogas ni alcohol** – Está prohibida la **venta, el uso o la posesión** de alcohol o drogas ilegales en la propiedad de CBHC. **Los medicamentos recetados deben mantenerse bajo resguardo** por la persona a quien se le prescribieron.

- **Uso de tabaco y dispositivos de vapeo (cigarrillos electrónicos)**
 - No se permite el uso de **productos de tabaco ni de vapeo (cigarrillos electrónicos)** dentro de los edificios.
 - Las personas **menores de 21 años** no pueden usar estos productos en ningún lugar.
 - **Privacidad y confidencialidad** – **No divulgue** fuera de CBHC a quién ve ni la información que escuche dentro de la institución.
 - **No actividad sexual** – La actividad sexual está estrictamente prohibida en la propiedad de CBHC.
 - **Pagos puntuales** – Los copagos y pagos según la escala de tarifas deben realizarse al momento de recibir el servicio.
 - **Niños y supervisión** –
 - Los niños **no deben quedar sin supervisión** en las instalaciones.
 - **Los padres o tutores deben permanecer en las instalaciones** por motivos de seguridad, emergencias o para atender cualquier pregunta.
 - CBHC **no ofrece supervisión** antes ni después de las sesiones.
 - **Acomodaciones especiales** – Si usted tiene necesidades especiales, por favor comuníquese con su **oficina de CBHC** para recibir asistencia.
-

Acreditación:

CBHC está acreditado por **CARF International**.

La misión de CARF es promover **servicios de calidad, valores sólidos y resultados positivos** a través de un proceso de consulta y acreditación. Su objetivo es mejorar continuamente los servicios que **fortalecen y mejoran la vida de las personas a quienes sirven**.

Directiva Anticipada de Salud Mental:

Si usted considera que podría necesitar tratamiento de salud mental en el futuro, una **Directiva Anticipada de Salud Mental**, disponible en <https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2022-11/mhadvdir.pdf>, puede ayudarle a dejar claras sus decisiones y preferencias. Este documento le permite decidir con anticipación qué tipos de tratamiento desea o no desea recibir. También le permite designar a un familiar o amigo de confianza para que tome decisiones en su nombre si en algún momento usted no puede hacerlo por sí mismo.

Para completar su Directiva Anticipada de Salud Mental, siga estos pasos:

1. **Revise el formulario** – Lea cada sección cuidadosamente. Si tiene preguntas, hable con su administrador de casos, médico u otra persona de confianza.

2. **Elija un representante de atención médica** – Seleccione a una persona que:
 - Tenga al menos 18 años de edad
 - Sea mentalmente competente
 - No sea un profesional de salud mental, ni un empleado de una institución que pueda brindarle tratamiento, ni un empleado del Departamento de Niños y Familias.
3. **Asegure su disposición** – Asegúrese de que su representante comprenda sus deseos y esté dispuesto a asumir esta responsabilidad. También puede designar un representante alternativo.
4. **Firme el formulario con testigos** – Usted y su(s) representante(s) deben firmar el formulario en presencia de dos testigos.
5. **Distribuya copias** – Comparta copias con su representante, familiares, médico, administrador de casos, hospital o unidad de crisis donde pudiera recibir tratamiento. Discuta sus decisiones con ellos.
6. **Mantenga su directiva actualizada** – Usted puede modificar su directiva anticipada en cualquier momento mientras sea competente. Si viaja, lleve una copia con usted.

Cuándo entra en vigor su directiva anticipada

Su directiva anticipada **solo entra en vigor** si un médico determina que usted no puede tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento. Si usted se encuentra en una institución psiquiátrica, tendrá derecho a un abogado y a una audiencia ante un juez o funcionario designado para audiencias. **Un representante de atención médica no puede aprobar tratamiento para una persona que se encuentre en estatus voluntario.**

Consentimiento para el tratamiento / Registro del cliente de CBHC:

Este es el formulario que usted firmó al momento de su admisión.

Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información. Si tiene preguntas, solicite ayuda al personal.

- Acepto dar prioridad a mis citas. Si no puedo asistir, llamaré con 24 horas de anticipación para cancelar. Entiendo que, si falto a 2 citas consecutivas o a 2 citas dentro de un período de 4 semanas, mi caso puede ser cerrado y tendré que iniciar nuevamente el proceso de admisión.
- He recibido una copia del Manual de Servicios al Cliente, que contiene mis derechos, normas y políticas que pueden afectarme, así como el Procedimiento de Quejas del Cliente, el cual explica cómo proceder si tengo un problema con un miembro del personal o con los servicios que recibo.

- He sido informado de mi derecho a la confidencialidad y de sus límites (los cuales están detallados en el Manual de Servicios al Cliente) y he recibido una copia de “Derechos de los Pacientes”.
- He sido informado de que CBHC puede comunicarse conmigo después de finalizar el tratamiento para obtener información de seguimiento.
- En algunas ocasiones, los terapeutas pueden solicitar la grabación de una o más sesiones para que sus supervisores revisen su trabajo. Si no deseo que una sesión sea grabada, lo informaré a mi terapeuta.
- Se me ha brindado la oportunidad de recibir acomodaciones especiales necesarias para un tratamiento exitoso (ayuda con lectura o escritura, intérprete de idioma o para discapacidad auditiva, asistencia por limitaciones físicas).
- He recibido orientación sobre los servicios de CBHC que estaré recibiendo.
- **SERVICIOS DE MANEJO DE MEDICAMENTOS** – Entiendo que la terapia recomendada y/u otros servicios pueden ser necesarios para mantener los servicios de manejo de medicamentos. Además, entiendo que debo ver a mi proveedor de manera regular para recibir resurtidos de medicamentos.
- **SOLO TRATAMIENTO POR USO DE SUSTANCIAS** – Doy mi consentimiento para análisis urinarios observados o pruebas de aliento para la detección de sustancias químicas. Los resultados de estas pruebas se utilizarán para reportar y/o verificar el uso de sustancias químicas durante el tratamiento. Acepto pagar las pruebas al momento de su realización.

Entiendo lo siguiente con respecto a la telesalud, cuando sea requerida o esté disponible:

- Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir atención futura, servicios o beneficios del programa.
- La telesalud conlleva riesgos, beneficios y posibles consecuencias, que incluyen, entre otros, interrupciones en la transmisión debido a fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por personas no autorizadas, y una capacidad limitada para responder a emergencias.
- En caso de una emergencia, pensamientos suicidas u homicidas, o si se están experimentando activamente síntomas psicóticos que no puedan abordarse de manera segura mediante la telesalud, se contactará a las autoridades policiales locales para brindar asistencia en la emergencia.

Entiendo lo siguiente con respecto a la comunicación. Entiendo que tengo la opción de no participar en cualquiera de las siguientes preferencias notificando a un miembro del personal.

- Se me proporcionará acceso personal al Portal del Cliente con el propósito de administrar mi tratamiento.
- Recibiré recordatorios de citas por medios electrónicos, como correo electrónico o mensajes de texto, y también por teléfono.

- Se me solicitará una fotografía mía/del cliente únicamente con fines de identificación. La fotografía se mantendrá de forma segura en mi expediente electrónico de salud y se utilizará exclusivamente para fines relacionados con la atención médica.

Cómo prepararse para una cita de telesalud:

Una **sesión por video** le permite recibir atención aunque no pueda visitar a su proveedor en persona. **La telesalud no está disponible para todos los servicios ni proveedores.** Siga estos pasos para asegurar una cita sin inconvenientes:

1. Reúna la información para su sesión

- Pregunte a su clínico o al personal de la oficina si necesita **instalar alguna aplicación** con anticipación.
- Infórmese sobre cómo **recibirá el enlace de la cita** y solicite una prueba si es necesario.
- Revise su carpeta de **correo no deseado o spam** si no ve el enlace.
- Si tiene dificultades, llame a CBHC al **(904) 291-5561** para recibir asistencia.

2. Encuentre un lugar privado

- Elija un **espacio tranquilo y privado** donde no sea interrumpido.
- Asegúrese de contar con **buena iluminación** para que su proveedor pueda verlo claramente.

3. Verifique su tecnología

- Decida qué dispositivo utilizará (**computadora, tableta o teléfono móvil**).
- Asegúrese de saber cómo **usar la cámara y ajustar el volumen**.
- Confirme que su **conexión a internet sea estable** en el lugar elegido.

4. Organice la información de facturación

- Comuníquese con la oficina **antes de su cita** para hablar sobre la facturación.
- Tenga a mano su **información del seguro médico** y pregunte sobre cualquier **copago**.

5. Prepare sus ideas

- Piense en los temas que desea conversar con su proveedor.
- **Anote sus preguntas o comentarios** si eso le ayuda a recordar asuntos importantes.

6. Conéctese con anticipación

- Por favor, conéctese **al menos 5 minutos antes** de su cita para evitar demoras.

Cómo acceder al Portal del Cliente:

Paso 1: Visite <https://ccbhc.org/>

Paso 2: Haga clic en “**Client Portal**” en la parte superior de la página.

Paso 3: Ingrese el **nombre de usuario y la contraseña** que creó, luego haga clic en “**Log In**”.

- Si olvidó su contraseña, haga clic en “**Help, I can’t sign in**” para restablecerla.
-

Servicios ofrecidos por Clay Behavioral Health Center (CBHC):

Equipo de Respuesta Móvil de CBHC (MRT) – Apoyo en crisis las 24 horas, los 7 días de la semana

- ✓ **Llame al: 904-291-4357 (HELP)** para asistencia inmediata.
- ✓ **El Equipo de Respuesta Móvil (MRT) brinda intervención en crisis gratuita, disponible 24/7 en el Condado de Clay.**

¿Quiénes pueden necesitar servicios de crisis?

- Personas que necesitan **estabilización urgente de salud mental.**
 - Personas que **amenazan con hacerse daño a sí mismas o a otros.**
 - Cualquier persona que experimente **depresión, ansiedad, otras preocupaciones de salud mental o que se sienta en riesgo.**
-

Programa Ambulatorio de Salud Mental (MHOP)

El MHOP ayuda a las personas a mejorar síntomas que afectan su vida diaria, incluyendo:

- **Desempeño escolar y laboral**
 - **Crianza e interacciones familiares**
 - **Participación social y autocuidado**
 - **Sueño y bienestar emocional**
-

Programa para el Trastorno por Uso de Sustancias (SUD)

Este programa ambulatorio apoya a personas que enfrentan **abuso o dependencia de sustancias y/o alcohol.**

Características del programa:

- **Modelo de tratamiento basado en la abstinencia.**
 - **Terapia grupal e individual, que brinda habilidades, apoyo y educación, así como pruebas de detección de sustancias en muestras urinarias.**
(Se requieren reuniones de apoyo comunitario; hay servicios de seguimiento disponibles).
 - **Se recomienda encarecidamente la participación en AA/NA u otros grupos de apoyo.**
 - **Duración:** Mínima de 4 a 12 semanas, con grupo de seguimiento (aftercare) disponible.
-

Servicios de Manejo de Medicamentos

CBHC ofrece **atención psiquiátrica** a personas que utilizan **medicamentos y terapia** para mejorar su calidad de vida, garantizando siempre su **privacidad y dignidad**.

Programa Alternativo de Crisis para Adultos (ACAP)

El ACAP ofrece **estabilización residencial a corto plazo** en un entorno **seguro y de apoyo** para personas que experimentan **crisis mentales y emocionales**.

Equipo de Tratamiento de Acción Comunitaria (CATT)

El CATT ayuda a **niños, adolescentes y adultos jóvenes** a permanecer en la comunidad mientras superan diferentes desafíos.

Los servicios pueden incluir:

- **Consejería y manejo de casos**
 - **Apoyo terapéutico y de pares**
 - **Servicios psiquiátricos y manejo de medicamentos**
 - **Intervención en crisis y abuso**
-

Programa Ayudando a que Cada Vida Importe “Helping Every Life Matter” (HELM)

HELM sigue el **modelo basado en evidencia Navigate** para personas que experimentan un **primer episodio de psicosis**.

Los servicios incluyen:

- **Consejería y manejo de casos**
- **Apoyo terapéutico y de pares**
- **Atención psiquiátrica y manejo de medicamentos**
- **Intervención en crisis**

Objetivo: Apoyar a las personas para que **logren la recuperación** y lleven una vida estable y satisfactoria.

Servicios de Manejo de Casos

Diseñado para personas con una **condición de salud mental** que se espera dure **al menos un año**, este programa ayuda a los clientes a acceder a:

- **Atención médica**
 - **Servicios sociales**
 - **Recursos educativos y de empleo**
-

Programa de Coordinación de Atención

Ayuda a los clientes a realizar una transición desde:

- **Departamentos de emergencia hospitalarios, unidades de desintoxicación o unidades de estabilización en crisis.**
 - **Hacia:** Servicios adecuados de salud mental, uso de sustancias o diagnóstico dual.
-

Programa de Servicios Intensivos para la Familia

Apoya a familias que participan en el **Sistema de Bienestar Infantil (Child Welfare System)** o que están en **riesgo de remoción de menores**, mediante la provisión de:

- **Servicios de salud conductual sensibles al trauma (Trauma-sensitive behavioral health services)**
 - **Apoyo para el abuso de sustancias**
-

Servicios Comunitarios para Adultos (ACS)

ACS brinda servicios a **personas de 18 años o más** con un **diagnóstico de salud mental**. Los clientes participan en la selección del **nivel de servicio más adecuado**, de acuerdo con sus necesidades.

Cumplimiento de las normas legales

CBHC cumple con todas las leyes federales, estatales y locales aplicables que rigen la no discriminación en sus actividades. Garantizamos el cumplimiento de las regulaciones relacionadas con:

- Raza, color y origen nacional
- Identidad de género y clasificaciones legales
- Protecciones religiosas, derechos de las personas con discapacidades y leyes sobre estado civil
- Protecciones legales para miembros del servicio militar y otros grupos designados

CBHC cumple con todos los requisitos legales relacionados con la documentación e identificación, utilizando nombres legales cuando así lo exige la ley.

Información sobre la prevención de sobredosis

Se ofrece NARCAN de forma gratuita.

¿Qué aumenta su riesgo de una sobredosis?

- Uso indebido de opioides recetados.
- Uso de opioides ilegales.
- Consumir opioides mezclados con drogas más potentes como el fentanilo (a veces sin saberlo).
- Combinar opioides con alcohol, sedantes o benzodiazepinas.
- Tener menor tolerancia después de suspender medicamentos como buprenorfina, VIVITROL o metadona.
- Haber salido recientemente de un centro de desintoxicación, la cárcel o un programa de tratamiento.

Señales de una sobredosis

- Rostro pálido o húmedo.
- Cuerpo flácido.

- Labios o uñas azulados.
- Vómitos o sonidos burbujeantes.
- No puede despertarse ni responder.
- Respiración lenta o ausente.

Qué hacer si alguien presenta una sobredosis

1. Llame a la persona en voz alta por su nombre.
2. Frote firmemente sus nudillos sobre el pecho o el labio superior para estimular una respuesta.
3. **Llame al 911** si la persona no responde.
4. Administre **la primera dosis de NARCAN** (aerosol nasal).
5. Si la persona no despierta o los síntomas regresan, administre una **segunda dosis de NARCAN**, si está disponible.

Dónde obtener NARCAN

- **Se ofrece NARCAN de forma gratuita.** Pregunte a cualquier miembro del personal de CBHC.
 - **Los adolescentes pueden obtener NARCAN** con el permiso de un padre o tutor.
 - Un miembro del personal le enseñará cómo usarlo y cómo reconocer una sobredosis.
 - Visite **iSaveFL.com** para encontrar más lugares que ofrecen NARCAN en Florida.
-

VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)

- **El VIH** es un virus que debilita el sistema inmunológico.
- **El SIDA** es la etapa más avanzada del VIH.
- Las pruebas y los medicamentos están disponibles a través de su médico.
- CBHC puede ayudarle con **referencias para pruebas y acceso al tratamiento.**

Cuestionario de admisión del Clay Behavioral Health Center

Por favor, tómese un momento para completar este cuestionario confidencial antes de retirarse. Al finalizar, dóblelo por la mitad y entréguelo al personal de recepción, quienes lo colocarán en el sobre de recolección.

Gracias por su tiempo.

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Sintió que recibió un trato respetuoso? | Sí | No |
| ¿Pudo expresar claramente sus necesidades? | Sí | No |
| ¿Le quedaron claros los costos y las expectativas de pago? | Sí | No |
| ¿Recomendaría los servicios de CBHC a otras personas? | Sí | No |

¿Cómo fue su experiencia durante el proceso de registro?

¿Comentarios o sugerencias?
