

Gracias por elegirnos su proveedor.....

Metrocare Services está dedicado en ayudar a que nuestros vecinos vivan una vida más saludable. Cada día, Metrocare ofrece servicios a niños y adultos a través del Condado de Dallas.

Objetivos de Nuestros Servicios:

- Las Personas que reciben servicios de Metrocare serán tratados con respeto, dignidad y confidencialidad.
- Metrocare ofrece planes de atención individualizados para cada persona según las necesidades únicas de esa persona.

¿Cómo nos puede ayudar?

- Háganos preguntas cuando no entienda
- Asista a las citas programadas
- Avísenos al menos con 24 horas de anticipación si necesita cancelar su cita
- Siga el plan de tratamiento
- Aconséjenos con respecto a lo que está funcionando y lo que no.
- Adhiérase a las responsabilidades descritas en el documento de Derechos y Responsabilidades Individuales

Servicios disponibles en Metrocare:

- Servicios de salud mental para niños y adultos
- Servicios para personas con problemas intelectuales y de desarrollo, incluyendo a aquellos que tienen autismo
- Atención primaria para adultos
- Farmacias en nuestras clínicas
- Apoyo de residencia para las personas con problemas de salud mental crónicos
- Programas de veteranos
- Servicios de sustancias
- Servicios de intervención temprana y apoyo para familias

Queremos que Metrocare le sea útil en cuanto al bienestar de su salud se refiere. Para lograrlo, queremos que usted haga preguntas y nos hable acerca de su salud y su vida.

¡Bienvenido a Metrocare!



John Burruss, M.D.
Director Ejecutivo
Metrocare Services

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

Servicios Ambulatorios Para Adultos

Proporciona evaluación psiquiátrica, manejo de medicamentos, consejería, manejo de casos, capacitación en habilidades (en el hogar y en la clínica), servicios de crisis y coordinación de atención.

Disponible en las ubicaciones de Samuell, Westmoreland, Lancaster-Kiest, Grand Prairie, y Skillman.

Procedimiento de Admisión: Llame para hacer una cita o aceptan walk-ins de 8 a.m. a 3 p.m. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Servicios de Especialidad Para Adultos

Equipo Comunitario Asertivo (ACT)

Servicios intensivos para pacientes ambulatorios basados en la comunidad disponibles con acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a servicios de apoyo y administración de casos. Este programa está diseñado para personas con hospitalizaciones frecuentes. Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades y preferencias de cada persona. Los servicios disponibles incluyen administración de medicamentos, atención informada sobre traumas, servicios de rehabilitación, servicios por abuso de sustancias, asistencia para la vivienda y coordinación de la atención.

Cuatro equipos de ACT disponibles: dos

Llámenos al: 1-877-283-2121

ubicados en Westmoreland, uno en la clínica de Samuell y uno en el Programa para Ofensores con Necesidades Especiales (SNOP), pero la mayoría de los servicios se ofrecen en la comunidad.

Procedimiento de Admisión: Personas que han experimentado dificultades para mantenerse en la comunidad, múltiples hospitalizaciones psiquiátricas y / o participación en el sistema de justicia penal. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Oficina Correccional de Delincuentes con Discapacidades Medicas o Mentales de Texas (TCOOMMI)

Desvío de Cárcel de TCOOMMI

Las personas que han sido arrestadas por un delito menor y cumplen con las directrices de la corte pueden ser elegibles para ser liberadas a este programa intensivo de salud mental. Por lo general, se pide a las personas que comparezcan ante un juez un mínimo de 2 veces al mes y participen en un plan de tratamiento recomendado. Al cumplir con éxito este programa, las personas tienen la oportunidad de que sus cargos por delitos menores sean descartados. Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades y preferencias de cada persona. Los servicios disponibles incluyen manejo de medicamentos, atención informada sobre traumas, servicios de rehabilitación, servicios de consumo de sustancias, asistencia a la vivienda y coordinación de la atención.

Ubicado en el Programa para Ofensores con Necesidades Especiales (SNOP).

Procedimiento de Admisión: Llame para hacer una cita o visítenos durante el horario comercial. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Restauración de Competencias Ambulatorias (OCR)

Este es un programa que ayuda a las personas que enfrentan cargos criminales, de los cuales se les ha considerado incompetentes para ser juzgados. En lugar de adquirir competencia en un hospital o en un entorno carcelario, las personas elegibles pueden ser liberadas de la cárcel y referidas a este programa intensivo para pacientes ambulatorios. A través de un proceso de restauración de competencias, un equipo de administradores de casos y el psiquiatra trabajan con las personas de 3 a 5 veces por semana para ayudar a comprender el proceso legal. Además de la estabilización de la comunidad, la OCR ayuda a cada persona a avanzar hacia el objetivo de comparecer ante el tribunal para resolver sus cargos.

Ubicado en el Programa para Ofensores con Necesidades Especiales (SNOP), pero la mayoría de los servicios se ofrecen en la comunidad.

Procedimiento de Admisión: Los individuos son referidos a través del programa de Desvío de la Cárcel de Salud Mental en Frank Crowley, caseta de la corte.

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

Equipo Comunitario Asertivo Forense (ACT)

Servicios ambulatorios intensivos basados en la comunidad disponibles con acceso las 24 horas/7 días de la semana. Este es un programa diseñado para satisfacer las necesidades de las personas con un historial de hospitalizaciones psiquiátricas múltiples en combinación con la participación de la justicia penal, la mayoría de las veces libertad condicional. Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades y preferencias de cada persona. Los servicios disponibles incluyen manejo de medicamentos, atención informada sobre traumas, servicios de rehabilitación, servicios de consumo de sustancias, asistencia de vivienda, promoción legal y coordinación de la atención.

Ubicado en el Programa para Ofensores con Necesidades Especiales (SNOP), pero la mayoría de los servicios se ofrecen en la comunidad.

Procedimiento de Admisión: Llame para hacer una cita o aceptan walk-ins de 8 a.m. a 3 p.m. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Programa de Delinuentes con Necesidades Especiales (SNOP)

Para las personas con necesidades de justicia penal que no califican para un equipo forense especializado, Metrocare también ofrece servicios de clínica forense para pacientes ambulatorios. El

programa ambulatorio SNOP ofrece una variedad de servicios ambulatorios tradicionales. Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades y preferencias de cada persona. Los servicios disponibles incluyen manejo de medicamentos, atención informada sobre traumas, servicios de rehabilitación, servicios de consumo de sustancias, asistencia a la vivienda y coordinación de la atención.

Ubicado en 3330 S. Lancaster Rd., Annex Building, Dallas TX 75216.

Procedimiento de Admisión: Llame para hacer una cita o aceptan walk-ins de 8 a.m. a 3 p.m. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Lograr la Verdadera Libertad y el Éxito (ATLAS)

Las personas que actualmente se encuentran en libertad condicional por delitos graves, que presuntamente han violado los términos de la libertad condicional, pueden ser elegibles para este programa. Un oficial de libertad condicional hace la remisión. Durante el programa de 12 meses, los participantes reciben servicios de administración de casos semanales, se reúnen semanalmente con el oficial de libertad condicional asignado y asisten a la corte de dos a cuatro veces al mes. El equipo de tratamiento trabaja para lograr la rehabilitación en la comunidad y completar con éxito la libertad condicional. Además de ATLAS, Metrocare ofrece desviación de la cárcel

para otras personas involucradas en la corte que enfrentan cargos por delitos menores.

Ubicado en el Programa para Ofensores con Necesidades Especiales (SNOP).

Procedimiento de Admisión: Llame para hacer una cita o visítenos durante el horario comercial. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Centro Residencial de Tratamiento de Diagnóstico Dual (DDRTC)

Programa de tratamiento residencial de 180 días para personas diagnosticadas con uso simultáneo de sustancias y un trastorno de salud mental severo. El programa es una alternativa al encarcelamiento, ya que todos los clientes están en libertad condicional por delitos graves y son referidos por el condado de Dallas. Los servicios que se ofrecen son control y manejo de medicamentos individuales, consejería, entrenamiento de habilidades, prevención de recaídas, manejo de síntomas, grupos de apoyo, cursos de vida saludable, cursos de vida social y un curso "Track B" que se enfoca en luchas cognitivas.

Ubicado en Wilmer, TX.

Procedimiento de admisión: Los individuos son referidos por el Departamento de Justicia Criminal del Condado de Dallas.

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

Programa Mejorado para el Inicio Temprano de la Psicosis (ePEP)

Ofrece una gama mejorada de servicios que se modela después de que NIMH se desarrolló y probó como intervención temprana para la psicosis del primer episodio. Los servicios incluyen farmacoterapia experta, psicoterapia, gestión de casos, empleo y educación apoyados, psicoeducación familiar y Entrenamiento de recuperación entre pares.

Comuníquese con Jasmine Brown, Gerente de Clínica de ePEP, al 469-680-3544

Procedimiento de Admisión: Los clientes deben haber sido diagnosticados menos de dos años con psicosis.

Proyectos de Asistencia en Transición de Personas Sin Hogar (PATH)

Servicios comunitarios de divulgación, salud mental y abuso de sustancias, gestión de casos y servicios de vivienda limitados para personas sin hogar (o en riesgo) que sufren enfermedades mentales graves, incluidos los clientes con consumo de sustancias coocurrencias.

Procedimiento de Admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

El Puente para Personas Sin Hogar

Proporciona control de medicamentos; gestión de casos; capacitación,

rehabilitación y asistencia en la solicitud de seguridad social.

Procedimiento de Admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Equipo de Divulgación para Personas Sin Hogar

Procedimiento de admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Servicios de Vivienda

Arrendamiento

No hay límite de tiempo para la vivienda, pero debe ser con las regulaciones del programa; el cliente elige entre apartamentos en todo el condado de Dallas y paga aproximadamente el 30% de sus ingresos hacia el alquiler.

Procedimiento de Admisión: Se dirige a personas sin hogar crónicas, solteros discapacitados y algunas familias.

Refugio Seguro

No hay límite de tiempo para un programa de vivienda de refugio de emergencia centrado en la agudeza. Los residentes viven en apartamentos amueblados ubicados en el vecindario de Vickery Meadows con personal 24/7 en el lugar que ofrece servicios grupales e individuales para estabilizar los síntomas del cliente, los conecta con recursos comunitarios y opciones de vivienda permanentes.

Procedimiento de Admisión: Individuos que están sin hogar durante un año o varias veces recientemente, verificablemente discapacitados por una enfermedad mental grave, y capaces de vivir pacíficamente dentro de la comunidad.

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

Servicios Ambulatorios para Niños y Adolescentes

Proporciona evaluación psiquiátrica, manejo de medicamentos, consejería, manejo de casos, capacitación en habilidades (en el hogar y en la clínica). La pareja familiar también está disponible para ayudar a la familia con cualquier necesidad identificada en ciertos programas.

Ubicado en Hillside (Edificio B), Samuell, Grand Prairie, y Centros de Skillman.

Procedimiento de Admisión: Personas nuevas (de 3 a 17 años). Llame para hacer una cita o aceptan walk-ins de 8 a.m. a 3 p.m. Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Servicios Especializados para Niños y Adolescentes

Servicios Envolventes

Programa intensivo en el hogar a corto plazo que facilita un enfoque de equipo para ayudar a las familias, proporciona 24/7 intervención en crisis, manejo de medicamentos y manejo de casos. El programa busca proporcionar apoyos que ayuden a estabilizar a los jóvenes, estableciendo metas, construyendo sobre sus fortalezas e intereses, y mejorando el conocimiento y la comprensión de la familia el uno del otro. Servicios envolventes tiene como objetivo prevenir la colocación fuera del hogar, ayudando a los niños a permanecer dentro de su propia casa familiar en la comunidad. Tratamiento

comunitario.

Procedimiento de Admisión: Diseñado para jóvenes de 3 a 17 años. Las personas calificadas generalmente han experimentado una hospitalización reciente, un episodio de crisis u otra colocación fuera del hogar. Envíe referencias por correo electrónico a WRAPAround@metrocareservices.org.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Servicios Ambulatorios Especializados (SOS)

Programa comunitario y familiar que utiliza un enfoque de multiservicio para satisfacer las necesidades de salud mental de los niños, los jóvenes y las familias; específicamente centrándose en mejorar las habilidades sociales, emocionales y conductuales en la escuela doméstica y en la comunidad.

Procedimiento de Admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Oficina Correccional de Delincuentes de Texas con Discapacidades Médicas o Mentales (TCOOMMI)

Un enfoque de multiservicio basado en la familia para satisfacer las necesidades de salud mental de los delincuentes juveniles. Servicios dirigidos a jóvenes del Sistema de Justicia Juvenil de Texas, de entre 10 y 18

años que han sido evaluados con graves trastornos emocionales. Los equipos consisten en un consejero capacitado en enfoques informados sobre traumas, un profesional calificado de salud mental y un oficial de libertad condicional que proporcionan una intervención terapéutica intensiva basada en la comunidad y supervisión a los jóvenes en libertad condicional. Los servicios también incluyen monitoreo mensual de medicamentos. Los servicios están diseñados para satisfacer las necesidades y preferencias de cada familia.

Ubicado en Hillside (Edificio C).

Procedimiento de admisión: Las referencias deben provenir del Departamento de Menores del Condado de Dallas. Los padres interesados en este servicio deben solicitarlo a través del oficial de libertad condicional del niño.

Exención YES (Servicios de Empoderamiento Juvenil)

Esta es una exención de servicios comunitarios y domiciliarios de Medicaid que permite una mayor flexibilidad en la financiación de servicios comunitarios intensivos para ayudar a niños y adolescentes con trastornos emocionales graves. Los servicios de exención se brindan en combinación con los servicios a través del plan estatal de Medicaid, otros programas federales y locales para los que el individuo puede calificar y los apoyos naturales en la familia y la comunidad. Llame a la línea de consulta de la autoridad de exención Sí: 866-501-6535 para solicitar información sobre la elegibilidad. Si es elegible, Metrocare ofrece una variedad de servicios Yes Waiver.

Tarifas: Medicaid

Servicios de Crisis

Metrocare ofrece una línea directa (crisis) 24 horas al día, 7 días a la semana, y servicios móviles de alcance de crisis disponibles para personas que experimentan una crisis de salud mental. La línea directa cuenta con

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

profesionales calificados de salud mental, practicantes con licencia de las artes curativas y especialistas en salud mental entre pares para satisfacer las necesidades de cualquier individuo, independientemente del lugar donde viva. El número de teléfono directo de la línea directa es 214-743-1215.

Los equipos de la especialidad de Metrocare proporcionan cobertura específica del equipo las 24 horas del día a las personas inscritas en tratamiento comunitario asertivo, unidad de desvío forense, tratamiento comunitario asertivo forense, restauración de competencias ambulatorias y servicios integrales para niños y adolescentes. Las personas inscritas en cada uno de estos programas tienen acceso directo a servicios telefónicos y de intervención presencial de crisis desde su equipo de tratamiento directo. Para programas no especializados, Metrocare también ofrece servicios generales de crisis, en clínicas y dentro de entornos comunitarios, así como telefónicamente. Para garantizar la competencia general en los servicios de crisis, cada médico de salud mental recibe capacitación continua sobre la prestación de servicios, tanto antes como después de la crisis, incluida la evaluación de riesgos utilizando la escala de calificación de gravedad del suicidio de Columbia, los elementos de evaluación de riesgos de Cans/ANSA y las mejores prácticas en planificación de seguridad, búsqueda de seguridad e intervención en tiempo crítico. Además, los terapeutas con licencia están capacitados en enfoques de seguridad informados por traumas, como terapia cognitivo-conductual, terapia de procesamiento cognitivo y evaluación y manejo colaborativos del suicidio.

Coordinación de Cuidados

Los servicios de coordinación y enlace de la atención están disponibles para fomentar la colaboración y el intercambio de datos entre proveedores internos y externos que trabajan juntos para cuidar a una persona en servicio. A través de los esfuerzos de coordinación, Metrocare se esfuerza por brindar servicios rápidos, seguros y de

Llámenos al: 1-877-283-2121

calidad que están integrados para brindar un enfoque integral de la atención. Como parte de los Servicios de Coordinación y Enlace de la Atención, Metrocare también fomenta la participación comprometida de los miembros de la familia, amigos, cuidadores y cualquier otra persona que alguien identifique como un apoyo natural. Después de completar las actividades de consentimiento para garantizar que la privacidad de una persona esté siempre protegida, Metrocare incluirá apoyos naturales identificados en los esfuerzos de coordinación y tratamiento. Los servicios de coordinación y enlace de la atención están incorporados en todos los componentes de la División de atención primaria y salud mental.

Servicios de Atención Primaria

Atención Primaria para Adultos

Proporciona una gama de servicios a personas de 18 años o más que incluyen: exámenes físicos anuales, manejo de enfermedades crónicas (colesterol, diabetes, hipertensión), asistencia de seguro médico, vacunas, atención preventiva, derivaciones de atención especializada y servicios de farmacia en el lugar.

Ubicado en los centros de Westmoreland, y Lancaster Kiest.

Procedimiento de Admisión: Llame para hacer una cita o aceptaran walk-in's de 8 a.m. a 3 p.m.

Tarifas: La agencia adopta el programa de tarifas mensuales máximas aprobado por el estado, publicado por la HHSC. Los servicios no se niegan debido a la imposibilidad de pagar.

Servicios para Proveedores de Discapacidad del Desarrollo (DD)

Servicios de Tratamiento de la Conducta (BTS) / Centro de Tratamiento de la Conducta (BTC) / Servicios de Intervención

Visítenos: www.metrocareservices.org

en Crisis / Equipo de Comunidad Asertiva para Discapacidades del Desarrollo (DD ACT)

Atención ambulatoria para personas con un diagnóstico de IDD, trastorno del espectro autista u otro diagnóstico calificado que requiera intervenciones conductuales especializadas y / o servicios de asesoramiento específicamente enfocados en mejorar las habilidades sociales, emocionales y conductuales en el hogar, la escuela y la comunidad.

Procedimiento de Admisión: Debe tener financiación a través de GR/TxHmL/HCS/Star Plus/Medicaid.

Servicios de Diseño y Desarrollo Profesional (CDDS)

Proporciona servicios de habilitación diarias, servicios vocacional y prevocacional. Servicios profesionales: proporciona servicios de empleo a los consumidores que están autorizados a través de TWC, Star+Plus Medicaid, GR, TxHmL o HCS. Servicios de habilitación diaria: si la persona no puede seguir instrucciones sencillas, cuidar de sí misma, o tiene otros problemas de alta necesidad, asistirá a clases de habilitación diaria. Las personas asistirán a la formación preprofesional si ya han desarrollado estas habilidades para la vida.

Ubicado en el LakeWest Family YMCA.

Procedimiento de Admisión: Debe tener 18 años o más para recibir servicios. También debe tener financiamiento a través de GR/ICFDD/CLASS/TxHmL/HCS/Star Plus/Texas Workforce Commission Services.

Centro para Niños con Autismo (CCAM)

Los niños, diagnosticados con un trastorno en el espectro autista, de 2 a 12 años, reciben terapia basada en el Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA, por sus hijos) que se ajusta a las necesidades de cada niño.

Ubicaciones en Dallas, y DeSoto.

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

Procedimiento de Admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: Sobre la base de la cobertura del seguro incluyendo copagos y deducibles aplicables. El pago por cuenta propia está disponible por una escala deslizante basada en los ingresos. O debe tener financiamiento a través de GR / TxHmL / HCS.

Intervención en la Primera Infancia (ECI)

Atiende a familias con niños (nacidos a 36 meses) con retrasos o discapacidades en el desarrollo. Los servicios pueden incluir habla, ocupación y fisioterapia, manejo de casos, capacitación en habilidades y nutrición.

Ubicaciones en Hillside y DeSoto.

Procedimiento de Admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: Sobre la base de la cobertura del seguro incluyendo copagos y deducibles aplicables. El pago por cuenta propia está disponible por una escala deslizante basada en los ingresos.

Conexión Familiar

El programa proporciona entre una y tres visitas domiciliarias de enfermeras a cada familia con un recién nacido a partir de las tres semanas de edad, independientemente de los ingresos. Con una herramienta de detección probada, la enfermera mide la salud materna y del recién nacido y evalúa las fortalezas y necesidades para vincular a la familia con los recursos comunitarios.

Tarifas: Gratis para todas las familias con un recién nacido (desde el nacimiento hasta las tres semanas de edad).

Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCS)/Servicios de asistencia y apoyo a la vida comunitaria (CLASS)/Texas Home Living (TxHmL)/Servicios de Ingresos Generales (GR)

Proporcionar servicios y apoyo a IDD para que puedan seguir viviendo con la familia o de forma independiente.

Ubicado en Hillside.

Procedimiento de admisión: Debe tener financiación de exención HCS/CLASS/TxHmL para recibir los servicios de HCS/TxHmL. Debe contar con financiación GR para recibir servicios de GR.

Autoridad Local de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (LIDDA)

Unidad de Determinación de Elegibilidad (EDU)

El sitio central de admisión para personas con una discapacidad intelectual o del desarrollo (IDD) que son residentes del condado de Dallas, de 3 años de edad o más que buscan elegibilidad para los Servicios de IDD. EDU determina la elegibilidad de una persona para los servicios de IDD, completa las referencias a la Coordinación de Servicios LIDDA y coloca a las personas en las Listas de Interés de Vida en el Hogar y la Comunidad y Texas Home Living.

EDU se encuentra en el LIDDA.

Procedimiento de Admisión: Para una evaluación de la determinación de elegibilidad, proporcione la siguiente información a la EDU por correo, entrega o fax: nombre completo de los padres/ tutores e individuos referidos, número de contacto de individuo/familia, para personas mayores de la escuela una copia de la más reciente Evaluación Completa e Individual (FIE), o una copia de los registros médicos que indiquen

diagnóstico(es), y/o una copia de todos los registros de evaluación psicológica o psiquiátrica que indique los resultados de las pruebas y diagnósticos. El contacto se establecerá al recibir y revisar los registros.

Para la colocación en los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad y la Lista de Intereses de Vida en el Hogar de Texas, comuníquese con la Unidad de Determinación de Elegibilidad.

Teléfono: 214-333-7000 **Fax:** 214-333-7073

Ubicación del LIDDA: 1330 River Bend Dr., Suite 300 Dallas, TX 75247

Tarifas: Sobre la base de la cobertura del seguro incluyendo copagos y deducibles aplicables.

Coordinación de Servicios

La Coordinación de Servicios ayuda a las personas a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y otros servicios apropiados que les ayudarán a lograr una calidad de vida aceptable y la participación de la comunidad. La coordinación de servicios es proporcionada por la persona del personal LIDDA que normalmente se conoce como un coordinador de servicio.

Ubicado en LIDDA.

Ingresos Generales (GR)

Servicios financiados por el Estado proporcionados a individuos determinados elegibles para servicios de discapacidad intelectual y de desarrollo. Las personas que buscan relevo, apoyos al comportamiento, colocación residencial, etc. son remitidas a la Coordinación general del Servicio de Ingresos.

La coordinación de servicios ayuda a las personas a acceder a servicios y apoyos médicos, sociales, educativos y de otro tipo que les ayudarán a lograr una calidad de vida aceptable y la participación de la comunidad. La coordinación de servicios es

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

proporcionada por el personal de LIDDA que se conoce como coordinadores de servicio.

Primera Opción de la Comunidad (Non-waiver) (CFC)

Un programa en el que una persona recibe servicios básicos de asistente y habilitación para individuos determinados elegibles para los Servicios IDD. Deben ser beneficiarios de Medicaid de organizaciones específicas de atención administrada (MCO). Los servicios prestados consisten en servicios de asistencia personal: Servicios para ayudar a las personas a realizar actividades de la vida diaria (como comer, ir al baño, aseo, vestirse y bañarse), actividades relacionadas con la vida independiente en la comunidad (como planificación y preparación de comidas, gestión de finanzas, compra de alimentos, ropa y otros artículos esenciales), y tareas relacionadas con la salud basadas en el plan dirigido por la persona.

Y/O

Adquisición, mantenimiento y mejora de las habilidades necesarias para que las personas realicen actividades de la vida diaria, actividades relacionadas con la vida independiente en la comunidad y tareas relacionadas con la salud. CFC (Non-waiver) proporciona coordinación de servicio LIDDA para personas de 22 años de edad. Para las personas que se determine que son elegibles para los servicios de IDD, se proporcionará la información necesaria a la MCO. Los servicios adicionales de CFC consisten en la gestión de soporte de CFC y los servicios de respuesta de emergencia de CFC.

Continuidad de los Servicios

Equipo del personal de LIDDA incluyendo coordinadores de servicios que ayudan a las personas a cumplir el proceso de inscripción en programas específicos como Servicios basados en el Hogar y la Comunidad, Texas Home Living, Colocación y Descarga de Centros de Vida Apoyados por el Estado, monitoreo de individuos en Centros de Vida Apoyados por el Estado.

Vida en Casa de Texas (TxHML)

El programa TxHmL proporciona servicios y apoyos esenciales para que las personas con IDD puedan seguir viviendo con sus familias o en sus propios hogares. Los servicios de TxHmL complementan pero no reemplazan los servicios y apoyos de otros programas como el programa Texas Health Steps, o de soportes naturales como familia, vecinos u organizaciones comunitarias. Los servicios consisten en apoyo comunitario, enfermería, ayudas adaptativas, modificaciones menores en el hogar, terapias especializadas, apoyo conductual, tratamiento dental, relevo, habilitación diurna y servicios de empleo. La coordinación del servicio es proporcionada por los LIDDAS.

Servicios basados en el Hogar y la Comunidad (HCS)

El programa HCS proporciona servicios a personas con IDD que viven con su familia, en su propia casa, en un hogar de acogida/ entorno de atención de acompañantes, o en una residencia con no más de cuatro personas que también reciben servicios. Los servicios satisfacen las necesidades de la persona para que la persona pueda mantenerse en la comunidad y tener oportunidades de participar como ciudadano en la máxima medida posible. Los servicios consisten en ayudas adaptativas, modificaciones menores en el hogar, terapias profesionales, apoyo conductual, tratamiento dental, enfermería, asistencia residencial, relevo, habilitación diurna y servicios de empleo. La coordinación del servicio es proporcionada por la LIDDA. Los residentes de un hogar de acogida/ entorno de cuidado de acompañantes o una residencia de HCS pagan por su propia habitación y pensión. Hay un límite al costo anual de los servicios prestados a través del programa HCS.

La coordinación de servicios de HCS y Texas Home Living, supervisa los servicios proporcionados por los proveedores de HCS/TxHmL para garantizar la seguridad, la coordinación de los servicios, la vinculación con los recursos, etc. La Coordinación de

Servicios ayudará a la persona a identificar y articular sus resultados prioritarios, metas personales y esperanzas para el futuro, así como sus solicitudes y la necesidad de servicios y apoyos. El SC provocará la retroalimentación de la persona, coordinará, supervisará los servicios para los resultados de deseos identificados en el Plan Dirigido por La Persona (PDP).

Examen de Admisión Previa a la Preselección y Revisión de Residentes (PASRR)

PASRR es un programa con mandato federal que requiere que todos los estados hagan una preselección a todas las personas, independientemente de la fuente o edad del pagador, que buscan la admisión en un centro de enfermería certificado por Medicaid.

PASRR tiene tres objetivos:

Identificar a las personas, incluidos adultos y niños, con enfermedades mentales y/o IDD.

Para garantizar una colocación adecuada, ya sea en la comunidad o en el centro de enfermería.

Para garantizar que las personas reciban los servicios necesarios para enfermedades mentales y/o IDD.

Centro de Educación e Investigación de Altschuler (ACER)

Con el fin de satisfacer la demanda de servicios públicos de salud mental mañana, ACER ofrece capacitación de primer nivel para médicos, enfermeras, consejeros y otros trabajadores de la salud hoy en día. ACER se compromete a ofrecer una experiencia de formación estimulante y satisfactoria dentro de entornos del sector público del mundo real. Con acceso a los recursos clínicos de Metrocare Services y a las 52.000 personas a las que atiende cada año, ACER ofrece diversas y especializadas experiencias formativas para todos sus alumnos.

Procedimiento de Admisión: Debe ser un

Consulte la pestaña Ubicaciones para conocer los horarios de atención

residente psiquiátrico junior, profesionales de enfermería psiquiátrica, consejeros u otros profesionales de la salud pasantes / pasantes anteriores, buscando experiencias en profundidad dentro del sector público.

Tratamiento de Abuso de Sustancias

Desintoxicación ambulatoria y programas ambulatorios para adultos que ofrecen servicios individuales y grupales.

Ubicado en los centros Lancaster-Kiest y Skillman. Ubicación del programa ambulatorio para adultos en el centro Bridge.

Procedimiento de Admisión: Para evaluar la elegibilidad financiera, pedimos que los clientes potenciales traigan dos talones de cheques recientes y prueba reciente de cualquier otro ingreso, factura reciente de servicios públicos, Identificación de Texas o Licencia de Conducir y/o tarjeta de seguro.

Tarifas: Sobre la base de la cobertura del seguro incluyendo copagos y deducibles aplicables. El pago por cuenta propia está disponible por una escala deslizante basada en los ingresos.

Metrocare en Samuell

Paciente Externo Adulto • Farmacia
4645 Samuell Blvd. | Dallas, TX 75228
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-275-7393

Metrocare en Samuell - Niño y Adolescente

Niño y Adolescente Ambulatorio
4701 Samuell Blvd. | Dallas, TX 75228
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-861-5611

Metrocare en Westmoreland

Paciente Externo Adulto • Farmacia • Cuidado Primario Adulto
1350 N. Westmoreland Rd. | Dallas, TX 75211
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-330-0036

Westside Centro Familiar

Niño y Adolescente Ambulatorio
1353 N. Westmoreland | Dallas, TX 75211
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-331-0107

Metrocare en Lancaster-Kiest

Paciente Externo Adulto • Farmacia • Cuidado Primario Adulto
3330 S. Lancaster Rd. | Dallas, TX 75216
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-371-6639

Metrocare en Skillman

*Paciente Externo Adulto • Niño y Adolescente Ambulatorio • Farmacia
• Vivienda • Servicios de Pacientes Externos Intensivos*
9708 Skillman St. | Dallas, TX 75243
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-221-5433

Metrocare en Grand Prairie

*Paciente Externo Adulto • Niño y Adolescente Ambulatorio •
Farmacia*
1020 S. Carrier Pkwy | Grand Prairie, TX 75051
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-330-2488

La Clínica de Familia Militar Steven A. Cohen en Metrocare

*Paciente Externo Adulto • Niño y Adolescente Ambulatorio
• Servicios Especializados para Adultos
• Servicios para Familias*
16160 Midway Rd., Ste. 218 | Addison, TX 75001

Visitar www.metrocareservices.org/MFC por horas

469-680-3500

Centro para Niños con Autismo en Metrocare - Dallas

Servicios para Proveedores de Discapacidades de Desarrollo
1330 River Bend Dr., Ste. 100 | Dallas, TX 75247
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-333-7076

Centro para Niños con Autismo en Metrocare - DeSoto

Servicios para Proveedores de Discapacidades de Desarrollo
1619 N. Hampton Rd. | DeSoto, TX 75115
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

972-331-6335

Programa de Delincuentes con Necesidades Especiales (SNOP)

Servicios Especializados para Adultos • Servicios de Pacientes Externos Intensivos
3330 S. Lancaster Rd. (Annex Bldg.) | Dallas, TX 75216
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-371-0474

Hillside Servicios Intensivos

*Servicios Especializados para Niño y Adolescente • Servicios
para Proveedores de Discapacidades de Desarrollo*
1353 N. Westmoreland | Dallas, TX 75211

Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-333-7015

Servicios sin Hogar en The Stew Pot

Paciente Externo Adulto
408 Park Ave. | Dallas, TX 75201
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-939-3933

El Puente

Paciente Externo Adulto • Servicios de Pacientes Externos Intensivos
1818 Corsicana St. | Dallas, TX 75201
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-670-1122

Centro de tratamiento residencial Wilmer Dual Diagnosis (DDRTC)

Servicios Especializados para Adultos
200 Greene Rd. | Dallas, TX 75146
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-689-5106

Autoridad Local de Discapacidades del Desarrollo Intelectual (LIDDA)

*Unidad de Elegibilidad y Determinación • Coordinación de
Servicios*
1330 River Bend Dr., Ste. 300 | Dallas, TX 75247
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

Eligibility Determination Unit: **214-333-7000**

General Revenue & Texas Home Living Service Coordination: **214-948-9950**
Home and Community Based Services & PASRR: **972-861-5001**

Administración

1345 River Bend Dr., Ste 200 | Dallas, TX 75247
Lunes - Viernes | 8:00 A.M. - 5:00 P.M.

214-743-1200



Consentimiento para los Servicios



Doy mi consentimiento a Metrocare Services para proporcionar uno o más de los siguientes servicios a mí ya mi hijo / a. Comprobaré cada servicio en el que estoy interesado.

- Servicios de Salud del Comportamiento Ambulatorio:** Los servicios clínicos pueden incluir evaluación diagnóstica y evaluación, intervención de crisis, manejo de casos, capacitación de habilidades, servicios de rehabilitación, servicios especializados, consejería, servicios de medicamentos y visitas a pie.
- Atención Primaria:** Servicios médicos que incluyen exámenes físicos anuales, manejo de enfermedades crónicas, exámenes de niños sanos, inmunizaciones, atención preventiva, referencias de atención especializada y servicios de farmacia en el sitio.
- Servicios para Proveedores de Discapacidades del Desarrollo (IDD):** Incluyen una amplia gama de servicios para individuos con discapacidades intelectuales de desarrollo incluyendo servicios de tratamiento de conducta, servicios de desarrollo de carrera, servicios basados en el hogar y la comunidad y servicios de autismo.
- Unidad de Elegibilidad y Determinación (EDU):** Para proveer ingreso a individuos con discapacidad intelectual o de desarrollo que son residentes del Condado de Dallas. EDU proporciona información, selección, evaluación y referencia.
- Coordinación de Servicios:** Sirve para ayudar a las personas a acceder a los servicios médicos y sociales, educativos y otros servicios apropiados que les ayuden a lograr una calidad de vida aceptable y la participación de la comunidad. La Coordinación del Servicio es proporcionada por una persona del personal de LIDDA que es típicamente referida como Coordinadora de Servicio.
- Vivienda:** Incluye programas de vivienda de apoyo temporales y permanentes, así como servicios intensivos de manejo de casos a los que están alojados en nuestros programas.
- Intervención Temprana de la Infancia (ECI):** Sirve a las familias con niños (desde el nacimiento hasta los 36 meses) con retrasos en el desarrollo o discapacidades. Los servicios pueden incluir habla, ocupación y terapia física, manejo de casos, entrenamiento de habilidades y nutrición.

Contacto para Estudios de Investigación: El Centro Altshuler para la Educación e Investigación ("ACER") de Metrocare, está asociado con varias instituciones médicas para realizar estudios de investigación médica aprobados por Metrocare. Usted está invitado(a) a participar voluntariamente en cualquiera de los estudios de investigación aprobados por Metrocare a los que usted califique. Los beneficios de participar en estudios de investigación pueden incluir: Ser uno(a) de los primeros(as) en recibir tratamientos nuevos e innovativos; y recibir una pequeña compensación por participar. Además, su participación ayuda en el avance y expansión de los tipos de tratamientos y opciones que usted y otras personas puedan recibir en un futuro, incrementando el conocimiento que los investigadores puedan ganar de estos estudios de investigación. **Por favor indique abajo si desea ser contactado por Metrocare para participar en estudios de investigación aprobados por Metrocare:**

- SI.** Yo deseo ser contactado(a) por Metrocare Services con respecto a mi participación en estudios de investigación aprobados por Metrocare.
- NO.** Yo no deseo ser contactado(a) por Metrocare Services con respecto a mi participación en estudios de investigación aprobados por Metrocare.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento de ser contactado(a) para estudios de investigación haciendo la petición por escrito. El personal de Metrocare está disponible para ayudarme a retirar mi consentimiento si así lo necesito. Por otro lado, si yo decido ser contactado(a) para estudios de investigación, yo puedo contactar al personal de Metrocare para notificarles de mi interés.

Reconocimiento. Se me ha dado la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre la información contenida en este documento. Yo admito que no tengo preguntas o que mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción y que he firmado este documento libremente y sin ningún incentivo adicional en proporcionarme tratamiento y servicios. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para recibir servicios presentando mi solicitud por escrito en cualquier momento. El personal de Metrocare está disponible para ayudarme a retirar mi consentimiento si así lo necesito. Este consentimiento es válido sólo por doce (12) meses y debe ser renovado anualmente si continúo con los servicios.

Firma de la Persona que Recibe Servicios

Fecha/Date

Firma del Padre/Guardián/Representante Legal Autorizado (si procede)

Fecha/Date

Estado Legal: Adulto (a) Menor Guardian

Firma del Personal que le Está Dando la Explicación

Fecha/Date

Signature of Staff Member Giving Explanation

Name (First, Last):	RU:	DOB:	MRN:
---------------------	-----	------	------



Consentimiento para Enviar y Recibir Mensajes de Texto y Comunicaciones por Correo Electrónico

_____ doy mi consentimiento para recibir la siguiente información de Los Servicios de Metrocare ("Metrocare") por los métodos que se enumeran a continuación (*seleccione todos los que correspondan*):

- Recordatorios de citas de Casos de Metrocare / Coordinador de Servicios
- Otras comunicaciones del trabajador social/Coordinador de Servicios de Metrocare que no se midan en las siguientes categorías

Autorizo y consiento que Metrocare (*seleccione todos los que se aplican*):

- Enviar **comunicaciones de mensajes desde texto*** a mí a: (*Teléfono*) _____
*Entiendo que, si respondo a un mensaje de texto, puedo incurrir en gastos adicionales de mi proveedor de telefonía.
- Enviar **comunicaciones por correo electrónico** a: (*Dirección de correo electrónico*) _____

También doy mi consentimiento y autorizo a la siguiente persona a recibir comunicaciones de Metrocare en mi nombre de la siguiente manera:

Nombre: _____ Relación: _____

*Se necesita una autorización para la divulgación/divulgación de Información para esta persona si no hay ninguna en el archivo.

- Comunicaciones de Mensajes de Texto en: (*Teléfono*) _____
- Comunicaciones por Correo Electrónico en: (*Dirección de Correo Electrónico*) _____

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar a Metrocare mi número de teléfono y dirección de correo electrónico más actuales.

Metrocare **no permite** el uso de comunicaciones de texto o correo electrónico para lo siguiente:

- Cuestiones de emergencia o sensibles al tiempo;
- Información médica y/o personal, sensible o confidencial, incluida la información de salud protegida;
- Un sustituto de los servicios o encuentros clínicos; y
- Solicitudes de registros médicos u otra documentación.

Entiendo que, al autorizar las comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto, hay ciertos riesgos de privacidad y seguridad involucrados por lo que no habrá garantía de que mis mensajes de texto y / o correo electrónico sean privados y / o seguros. Sin embargo, entendiendo estos riesgos, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto específicamente para lo que he autorizado anteriormente y lo que es aceptable por Metrocare. **Puedo hacer cambios o revocar mi consentimiento para recibir futuros mensajes de texto y/o comunicaciones por correo electrónico según lo autorizado anteriormente en cualquier momento informando a Metrocare de mi intención.**

Nombre / Firma de Individuo

Fecha

Verifique aquí si el padre, tutor o representante autorizado cumplirá en nombre de la persona a la que se le entregó la ayuda

Firma

Nombre de Individuo

Revisado por: _____

Nombre del Miembro de Personal



Consentimiento para Enviar y Recibir Mensajes de Texto y Comunicaciones por Correo Electrónico

INSTRUCCIONES

Completando el Formulario:

1. Rellene primero en blanco el nombre completo de **la Persona** que recibe los servicios de Metrocare, y discuta con la persona qué tipo de información está consintiendo recibir de Metrocare, ya sean recordatorios de citas u otra información que no esté prohibida por la Política Administrativa 3.05.02 (como se indica en el formulario de Consentimiento). Marque todo lo que el individuo consiente en recibir.
2. Complete la siguiente sección indicando qué método (s) el consentimiento individual para recibir información de Metrocare y proporcionar la información requerida de un número de teléfono, una dirección de correo electrónico o ambos.
3. Complete esta siguiente sección si la persona que recibió el consentimiento / autoriza para que otra persona reciba comunicación de texto y / o comunicación por correo electrónico en su nombre. Debe proporcionar el nombre completo y **la relación** de esta persona. Debe preguntar a la persona a la que se le entrega y señalar en esta sección si la persona autorizada puede recibir solo comunicaciones por mensaje de texto, o solo comunicaciones por correo electrónico, o ambas. También se necesita una autorización para la divulgación de información / divulgación de **información** si no hay **ninguna** ya en el archivo para esta persona.

Relación. Identificar la relación de la persona a la que la persona a la que se sirve está autorizando a recibir comunicaciones de texto y/o correo electrónico en su nombre (es decir, padre, amigo, hermano, etc.).

4. El personal debe revisar la siguiente sección con la persona a la que se le entregó y explicarle a la persona a la que se le entregó el tipo de información que el miembro del personal no puede comunicar por texto o correo electrónico con la persona a la que se le ha servido u otra persona autorizada.
5. El personal debe explicar los riesgos que implica consentir el envío/recepción de mensajes de texto y/o comunicaciones por correo electrónico a la persona a la que se le presta la asistencia. El personal también debe abordar cualquier preocupación que la persona atendida pueda tener con respecto a los riesgos. El personal también debe explicar a la persona que puede revocar este consentimiento en cualquier momento expresando dicha intención.
6. La **Persona Servida** debe imprimir su nombre, fecha y firmar el formulario de Consentimiento como se indica. Si una persona que no sea la Persona a la que se le entregó y está completando el formulario (es decir, padre, tutor o representante autorizado), esa persona debe marcar la casilla e indicar a nombre de quién está cumpliendo el formulario.
7. El miembro del personal que revise y obtenga el consentimiento de la persona atendida /personal autorizado debe proporcionar su nombre como se indica en el formulario.
8. Se puede proporcionar una copia del formulario de consentimiento firmado a la persona a la que se le entregó la solicitud para sus registros.

Consentimiento de seguimiento en myAvatar:

1. Una vez que se obtiene el consentimiento de la persona a la que se le entregó la recepción de comunicaciones de texto / correo electrónico, el miembro del personal debe indicarlo en myAvatar.
2. Es responsabilidad del miembro del personal asegurarse de que una copia del formulario de consentimiento firmado esté en el registro de la persona en myAvatar. La copia original firmada del formulario de consentimiento debe conservarse y mantenerse de forma segura para el individuo.

Revocación del consentimiento por parte de la persona a la que se le entregó:

1. Una vez que el individuo informa a Metrocare que ya no desea recibir mensajes de texto y / o comunicaciones por correo electrónico, el miembro del personal de Metrocare debe documentarlo en myAvatar.
2. Si la persona desea hacer cambios en lo que él / ella ha dado su consentimiento, el miembro del personal debe completar un nuevo formulario de consentimiento con la persona (siga las instrucciones anteriores para completar el formulario de consentimiento).



**Autorización Para que
Metrocare Divulgue o Reciba
Información de Salud Protegida**

Nombre: _____
de Expediente: _____ Fecha Nac: _____
de Seguro Social: _____
Numero de Contacto: _____

Usted tiene el derecho de rehusarse a firmar esta autorización. Nosotros no negaremos tratamiento, beneficios de Medicaid o procesamiento de pagos si Ud. se rehusa a firmar esta autorización.

Yo, el abajo firmante, autorizo a : METROCARE SERVICES para que DIVULGUE o RECIBA la siguiente información de salud protegida sobre mí, tal como se especifica abajo a/de:

Nombre de la Persona/Organización: _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado/Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Tipo de información (Marque todas las que apliquen):

- Historial Médico con Fecha : De: _____ Hasta: _____ Información relacionada con VIH
- Evaluaciones (Marque todas las que apliquen): Información sobre abuso de sustancias
- Psiquiátrica Psicológica Psicológica Plan de Tratamiento

Diagnóstico: _____

Otra (especifique): _____

Propósito de la Divulgación / Uso:

- Uso Personal Tratamiento/Cuidado Continuo Para asistir con ubicación educacional Abogado / Legal
- Uso Educativo Otro (Especifique): _____

También autorizo la divulgación / uso / recibo de mi información de salud con respecto a: _____ Iniciales: _____
 VIH / SIDA Enfermedades de Transmisión Sexual Tratamiento por abuso de drogas y alcohol

Nota: La información revelada en virtud de esta autorización puede no estar protegida por las leyes de privacidad médica y puede estar sujeta a re-divulgación por parte del receptor, excepto la información relacionada al tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

DERECHO A REVOCAR: Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, entregando una declaración por escrito, con mi intención de revocar esta autorización a las oficinas de Metrocare Services o a la organización a la que le di autorización. Esta revocación será efectiva en la fecha en que esta sea recibida por Metrocare Services o la organización a la que le haya quitado el permiso, excepto en la medida que Metrocare Services o la otra organización ya haya confiado en mi autorización para utilizar o divulgar mi información médica tal como se describe en el aviso de prácticas de privacidad.

Esta Autorización es válida por un período de un año a partir de la fecha en que la firme, y vencerá el: _____, al menos que Yo escoja revocarla y presente una revocación por escrito. Fecha de vencimiento basada en la revocación: _____

Autorización por Firma: He leído esta autorización y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de información tal y como se ha descrito. Entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Yo entiendo que no se me negaran tratamientos, ni beneficios de Medicaid, ni procesamiento de pagos si me rehusó a firmar esta autorización.

FIRMA X _____
Firma de la Persona que esta recibiendo Servicios o de su Representante _____ Fecha _____
Legal Autorizado

Nombre del Representante Legal Autorizado (si tiene) en letra de imprenta: _____

Si firma el Representante, especifique relación con la Persona: Padre/Madre del Menor Guardian/Tutor Otro: _____

Testigo/Personal (en letra de Imprenta): _____ **Firma X** _____



Verificación de Recepción de Derechos



Al firmar este formulario, acepto que se me ha proporcionado la información correspondiente a continuación dentro de las 24 horas posteriores a mi admisión. También me lo han explicado en un idioma que comprendo completamente.

- Bienvenidos a Metrocare (todos los individuos)
- Descripciones de Servicios del Programa (todas las personas)
- Consentimiento para Servicios (todas las personas) *
 - Sí, contacto para estudio de investigación
- Aviso Sobre su Derecho a Presentar una Queja (todas las personas) *
- Divulgación de Información (todas las personas) *
- Derechos y Responsabilidades Individuales (todos los individuos)
- Aviso de Prácticas de Privacidad (todas las personas)
- Servicios Proporcionados por Disability Rights (todos los individuos)
- Prevención de la Propagación de Infecciones (todas las personas)
- Lista de Verificación de Preparación Personal (todos los individuos)
- Directivas Anticipadas- Declaración para el Tratamiento de Salud Mental (individuos MH) *
 - Elegido No Elegido
- Directivas Anticipadas- Formulario de Directiva para Médicos y Familiares o Sustitutos (todas las personas) *
 - Elegido No Elegido
- Libreta de Asistencia Financiera Integrada (Todos los individuos)
- Manual de Derechos del Consumidor (individuos MH)
- Derechos de las Personas a los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCS) (personas con IDD) *
- Declaración de Derechos para las Personas Mayores (personas con IDD) *
- Explicación de Servicios y Apoyos para IDD (individuos IDD)
- Sus Derechos en los Programas del HHSC (personas con IDD)
- Manual de Derechos de Intervención en la Primera Infancia (personas con IDD) *
- Manual de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA) (personas con IDD)
- Manual de Opciones Residenciales (personas con IDD)
- Rechazo o Cancelación de la inscripción de Servicios (personas con IDD)

Firma de la Persona que Recibe Servicios

Fecha

Firma del Representante Legal Autorizado

Fecha

Firma del Personal que le Está Dando la Explicación
Signature of Staff Member Giving Explanation

Fecha

Firma del Testigo/Signature of Witness

Fecha

**Denotes documents applicable for signature*

Name (First, Last):	RU:	DOB:	MRN:
---------------------	-----	------	------

Este documento está destinado a informar a las personas en el servicio de sus derechos y responsabilidades mientras reciben servicios dentro de la agencia. En la medida permitida por la ley, los derechos del paciente pueden estructurarse en nombre del paciente a su tutor(a), familiares, o a su representante legal autorizado si el paciente: a) ha sido juzgado incompetente en conformidad con la ley, b) se encuentra que es médicamente incapaz de comprender el tratamiento o procedimiento propuesto, c) es incapaz de comunicar sus deseos con respecto al tratamiento, o d) es menor de edad. Si hay alguna pregunta relacionada con el contenido de este aviso, por favor notifique a cualquier miembro del personal. Los miembros del personal se identifican por medio de insignias identificativas. Las Personas a las que se les Presta Servicio ("Personas") tienen derecho a pedir identificación si ésta no está en un lugar visible.

Derechos Individuales

1. Acceso a Cuidados. Se le proveerá con acceso imparcial al tratamiento y a los servicios que estén dentro de la capacidad de este organismo y su disponibilidad, de acuerdo a las leyes y regulaciones aplicables. Esto es válido independientemente de su raza, credo, sexo, origen nacional, religión, discapacidad o minusvalía, o fuente de pago por atención o servicios.

2. Respeto y Dignidad. Usted tiene el derecho a cuidados y servicios respetuosos y considerados en todo momento y bajo cualquier circunstancia. Esto incluye el reconocimiento de las variables psicosociales, espirituales y culturales que puedan influir en la percepción de su enfermedad, libre de toda forma de abuso o acoso.

3. Privacidad y Confidencialidad. Usted tiene el derecho, dentro de la ley, a privacidad personal e informativa. Esto incluye el derecho a:

- Ser entrevistado y examinado en un entorno que asegure privacidad razonable.
- Esperar que cualquier discusión o consulta con respecto a su cuidado se llevará a cabo con discreción.
- Esperar que todas las comunicaciones escritas relacionadas a su cuidado sean tratadas confidencialmente.
- Esperar que los registros médicos sean leído solo por personas que participan directamente en actividades que garanticen cuidados de calidad, o en el procesamiento de

reclamaciones de seguros. Ninguna otra persona tendrá acceso a ellos sin su previa autorización por escrito.

4. Derecho a Identificar a Miembros del Personal. Los miembros del personal se pueden identificar por la presencia de una insignia identificativa emitida por Metrocare Services. Las Personas tienen el derecho de pedir identificación si ésta no está visible.

5. Seguridad Personal. Usted tiene el derecho de esperar seguridad razonable en cuanto a los procedimientos de la agencia, al igual que un ambiente libre de toda forma de abuso o acoso.

6. Identidad. Usted tiene el derecho de conocer la identidad y el estatus profesional de cualquier persona que le proporcione servicios, y cuál médico u otro profesional es principalmente responsable de su cuidado.

7. Información. Usted tiene el derecho de obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico (en la medida conocida), su tratamiento, y cualquier pronosis conocida. Esta información debe ser comunicada en términos que usted pueda entender.

8. Comunicación. Si usted no habla o no entiende el idioma predominante en la comunidad, usted debe tener acceso a un intérprete.

9. Consentimiento. En colaboración con el personal, usted tiene el derecho a información que le permita tomar decisiones sobre su tratamiento, estar involucrado en su tratamiento, planificar su alta y poder rechazar tratamiento.

- Las conversaciones sobre consentimientos incluirán explicación de su condición, los riesgos y beneficios del tratamiento, así como las consecuencias de no recibir tratamiento.
- Excepto en el caso de incapacidad o emergencia que amenaze contra su vida.

10. Consulta. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar cuidados médicos/psiquiátricos en la medida permitida por la ley. Sin embargo, si el rechazo al tratamiento impide la práctica de proporcionarle atención adecuada, en conformidad con las normas éticas y profesionales, su relación con esta agencia puede ser terminada con antelación razonable.

11. **Cargos.** Independientemente de la fuente de pago por el cuidado provisto, usted tiene el derecho de solicitar y recibir explicaciones detalladas y específicas de los servicios facturados.

12. **Reglas y Regulaciones.** Se le informará de las normas y reglamentos del consultorio con respecto a su conducta como paciente de esta agencia. Usted tiene derecho a más información sobre la iniciación, revisión y resolución de quejas de los pacientes. Vea el “*Aviso con Respeto a su Derecho de Presentar una Queja*” para más detalles.

Responsabilidades Individuales

1. **Manténganos Informados Correctamente.** Usted tiene la responsabilidad de proporcionar, en la medida de su conocimiento, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud física y mental, incluyendo cambios inesperados en su condición.

- Esto puede incluir: su nombre legal completo, dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento, número de seguro social, cobertura de seguro médico; compañía donde trabaja (si es necesario), y el estado de su residencia.

2. **Siga su Plan de Cuidado Participativo.** Usted es responsable de seguir el plan de cuidado participativo establecido entre usted y el profesional de salud. Esto puede incluir: seguir las instrucciones del personal de atención de salud mental tal y como ellos decidan llevar a cabo el plan coordinado de cuidados, implementar las órdenes del doctor, y hacer cumplir las normas y reglamentos aplicables de la práctica.

3. **Mantenga sus Citas.** Usted es responsable de mantener las citas y de notificar a la agencia cuando no pueda asistir por cualquier razón. Después de 3 veces de no presentarse a las citas sin notificar, quedará restringido a ser paciente sin cita previa; o dado de alta de su servicio o programa, si aplica.

4. **Asumir la Responsabilidad por Incumplimiento.** Usted es responsable de sus acciones si no sigue las recomendaciones de la agencia. Si usted no puede seguir adelante con el plan de tratamiento prescrito, usted es responsable de informar al personal.

5. **Ser Responsable de sus Obligaciones Financieras.** Usted es responsable de asegurar que las obligaciones financieras de los servicios de salud se cumplan tan pronto como sea posible y de proporcionar información actualizada sobre su seguro médico.

6. **Ser Considerado con los Demás.** Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otras Personas a las que se les presta servicio y con el personal; también por colaborar en el control de ruido, no fumar, y mantener las reglas y regulaciones de la agencia. Usted también es responsable de ser respetuoso a la propiedad de la agencia y la propiedad de otras personas que visitan la agencia.

7. Entiendo que la intimidación (asustar y / o intimidar a otros), las amenazas (tanto verbal como físicas), el acoso (físico, emocional o sexual), y el comportamiento agresivo hacia cualquier persona no sera tolerado. Esto puede resultar en la suspensión de los servicios.

8. Cumplir con las leyes locales, estatales y nacionales con respecto a la posesión de drogas ilegales, alcohol o armas.

9. Yo entiendo que puede haber expectativas adicionales en función a situaciones específicas y que se me informará de esas expectativas a medida que surjan.

10. Entiendo que si hay información que no entienda debo buscar ayuda. Debo hacer preguntas cuando sea necesario durante mi cuidado.

Directivas Anticipadas

En la orientación o en cualquier momento durante los servicios, usted puede solicitar copia de la información sobre las directivas anticipadas para la atención médica y / o psiquiátrica. También puede visitar el siguiente portal para descargar una copia de esta información.

<https://hhs.texas.gov/laws-regulations/forms/advance-directives>

Esta **Aviso de Prácticas de Privacidad** describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo pueda acceder usted esta información. **POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CON CUIDADO.**

TIPO DE INFORMACIÓN DE SALUD QUE RECOPIAMOS Y CREAMOS

Cuando usted reciba tratamiento o beneficios (como Medicaid) de Metrocare Services, vamos a obtener y/o producir información sobre su salud. Información de salud incluye cualquier información relacionada con:

1. Su pasado, presente o futura salud o condición física o mental;
2. La atención médica que usted recibió; y
3. El pasado, el presente o el futuro pago de su atención médica.

Este Aviso describe:

SUS DERECHOS

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de su historial médico en papel o electrónico
- Corregir su historial médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídanos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presente una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información como nosotros:

- Dígame a su familia y amigos acerca de su condición
- Proveer alivio de desastres
- Incluirlo en el directorio de un hospital
- Proporcionar atención de salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Recaudar fondos

NUESTRAS RESPONSABILIDADES, USOS Y DIVULGACIONES

Podemos utilizar y compartir información cuando:

- Tratarle
- Ejecutar nuestra organización
- Factura por sus servicios
- Ayuda en temas de salud pública y seguridad
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario

- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico;

- Puede pedirle que vea u obtenga una copia electrónica o en papel de su historial médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede optar por obtener un resumen de su información de salud en lugar de una copia.
- Tenemos 15 días hábiles después de recibir su solicitud de su información de salud o resumen, para proporcionarle a usted.
- Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su historial médico;

- Puede pedirnos que corrijamos la información en sus registros si cree que la información es incorrecta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su petición, pero le diremos por qué por escrito.

Solicitar comunicaciones confidenciales;

- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa o oficina) o enviar correo a una dirección específica.
- Podemos decir "sí" a todas las peticiones razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos;

- Puede solicitarnos que limitemos algunas de las maneras en que usamos o compartimos su información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- Consideraremos su solicitud, pero la ley no nos obliga a aceptarla.
- Si no estamos de acuerdo, pondremos el acuerdo por escrito y lo seguiremos, excepto en caso de emergencia.
- No podemos estar de acuerdo en limitar los usos o el intercambio de información que son requeridos por la ley.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información;

- Puede solicitar una lista de los momentos en que compartimos su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que nos ha preguntado, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras revelaciones (como las que usted nos pidió hacer).

- La lista no incluirá las revelaciones hechas antes del 14 de abril de 2003.
- No habrá cargo por una lista por año.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad;

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso electrónicamente.
- Le proporcionaremos una copia con prontitud.

Elija a alguien para actuar por usted;

- Si le ha dado a alguien apoderado médico si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si considera que sus derechos han sido violados;

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos al ponerse en contacto con:

Oficina de Protección de Derechos del Cliente de Metrocare
(214) 743 -1296
1345 River Bend Drive, Dallas, Texas 75247

- También puede presentar una queja dentro de 180 días con:
Servicios al Consumidor y Derechos / Oficina del Ombudsman
(512) 206-5670 (Austin)
(800) 252-8154 (Gratis)
P.O. Box 12668, Austin, Texas 78711

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles
(877) 696-6775
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

<http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipaahowtofiles.pdf?language=es>

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS ELECCIONES

Para cierta información de salud, usted puede decirnos su elección sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su cuidado.
- Compartir información en una situación de emergencia.
- Incluya su información en un directorio de hospital.

Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su

información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos dé un permiso por escrito:

- Propósitos de marketing;
- Venta de su información
- La mayoría de compartir notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted para realizar esfuerzos de recaudación de fondos, pero usted puede decirnos que no lo volveremos a contactar.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

El siguiente aviso le informa sobre nuestro deber de proteger su información de salud, sus derechos de privacidad y cómo podemos usar o revelar su información de salud.

- Somos responsables por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida
- Le informaremos rápidamente si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle una copia de la misma.
- No usaremos o compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Proteja la Privacidad y Seguridad de su Información de Salud

La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información médica. Esto significa que no utilizaremos ni dejaremos que otras personas vean su información de salud sin su permiso, excepto en las formas en que le informamos en este aviso. Protegeremos su información de salud y la mantendremos privada. Esta protección se aplica a toda la información de salud que tenemos sobre usted, no importa cuándo o dónde recibió o buscó servicios. No le diremos a nadie si ha solicitado, está recibiendo o ha recibido servicios de nosotros, a menos que la ley nos permita divulgar esa información.

Solicitud de Permiso para Usar o Divulgar su Información de Salud

Le pediremos su permiso por escrito (autorización) para usar o divulgar su información de salud. Hay veces en que se nos permite usar o revelar su información de salud sin su permiso, como se explica en este aviso. Si usted nos da su permiso para usar o revelar su información de salud, usted puede retirarla (revocarla) en cualquier momento. Si revoca su permiso, no seremos responsables de usar o divulgar su información de salud antes de que supiéramos que revocó su permiso. Para revocar

su permiso, envíe una declaración por escrito, firmada por usted, a Metrocare Services, proporcionando la fecha y el propósito del permiso y diciendo que desea revocarlo.

Give Darle Aviso de Nuestros Deberes Legales y Prácticas de Privacidad y Seguirlo.

Estamos obligados a darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, y debemos hacer lo que este aviso dice. Le pediremos que firme un acuse de recibo de que ha recibido este aviso. Podemos cambiar el contenido de este aviso y, si lo hacemos, tendremos copias del nuevo aviso en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web, www.dallasmetrocare.com. El nuevo aviso se aplicará a toda la información de salud que tengamos, no importa cuándo recibimos o creamos la información.

Nuestros empleados son requeridos como parte de sus trabajos y por ley para proteger la privacidad de su información de salud. No dejamos que nuestros empleados vean su información de salud a menos que la necesiten como parte de su trabajo. Castigaremos a los empleados que no protejan la privacidad de su información médica.

- No revelaremos información relacionada con el VIH / SIDA sin su permiso específico por escrito, a menos que la ley nos permita divulgar la información.
- Si se le está tratando por abuso de alcohol o drogas, sus registros están protegidos por la ley federal y los reglamentos que se encuentran en el Código de Regulaciones Federales en el Título 42, Parte 2

Para más información, ver:

<http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/understanding-notice-20121115-spn.pdf>

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

La información sobre su salud puede ser intercambiada entre el Departamento de Servicios de Envejecimiento y Discapacidad, el Departamento de Servicios Estatales de Salud, el Departamento de Servicios de Apoyo y Rehabilitación, las autoridades locales de salud mental o de discapacidad intelectual y de desarrollo (IDD), los centros MH / IDD de la comunidad y Contratistas de servicios de salud mental y de IDD, **sin su permiso**.

Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

1. Trátalo:

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le están tratando.

Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión pregunta a otro médico acerca de su condición general de salud.

2. Ejecutar Nuestra Organización:

Podemos utilizar y compartir su información de salud para ejecutar nuestra práctica, mejorar su atención y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: utilizamos información sobre su salud para administrar su tratamiento y servicios.

3. Factura por sus servicios:

Podemos usar y compartir su información para facturar y recibir pagos de los planes de salud u otras entidades.

Ejemplo: Le damos información sobre usted a sus planes de seguro médico para que pague por sus servicios.

Otras maneras en que podemos usar o compartir su información de salud

Se nos permite o se requiere compartir su información de salud de otras maneras - por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos.

Para más información, ver:

<http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/understanding-notice-20121115-spn.pdf>

Ayuda con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información sobre su salud para ciertas situaciones como:

- Prevención de la enfermedad
- Ayudar con los retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona.

Hacer Investigación

Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud con su consentimiento.

Consentir con Ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Abordar las solicitudes de indemnización de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

¿Qué puede hacer USTED?

Evitar la propagación de enfermedades contagiosas es importante para todos. La(s) persona(s) con la(s) que Ud. entre en contacto con enfermedades, tales como el resfriado común, gripe, amigdalitis, o dolor estomacal presenta(n) un riesgo para su salud. Uno de los principales objetivos en relación con la propagación de infecciones es la PREVENCIÓN.

Aquí le presentamos cinco cosas fáciles que puede hacer para luchar contra la propagación de infecciones.

1. Lávese las manos



La higiene de las manos es una de las maneras más importantes para prevenir la propagación de infecciones. Sus manos deben lavarse con agua tibia y jabón, frotándolas por lo menos 15 segundos.

Asegúrese de frotar/limpiar todas las áreas de su mano (las palmas, uñas, el dorso de la mano y entre los dedos).

Si sus manos no se ven sucias, puede limpiarlas con un desinfectante para manos a base de alcohol. El desinfectante debe ser frotado por todas las partes sus manos, asegurándose de cubrir las áreas mencionadas anteriormente. Asegúrese de frotarse las manos hasta que se sequen.

¿Cuándo deben limpiarse las manos?

Antes y después de comer, antes o después de tocarse los ojos, la nariz o la boca, después de ir al baño, sacar la basura, cambiar un pañal, después de haber jugado con juguetes o haber tocado otros objetos, visitar a alguien que está enfermo, o jugar con una mascota.

¡Tome control de su salud! Practique buenos hábitos de higiene de las manos.

2. Asegúrese de que sus proveedores de cuidados médicos se laven las manos y usen guantes



Los médicos, enfermeras, asistentes médicos y otros profesionales de la salud entran en contacto con una gran cantidad de virus y bacterias. Por lo tanto, antes de que den tratamiento a Ud., a su hijo, o miembro de familia, pregúnteles si se lavaron las manos.

Los proveedores de salud deben usar guantes limpios cuando realizan tareas tales como extracción de sangre, pongan inyecciones, manipulen fluidos corporales (como orina para un examen de orina), toquen heridas, tomen cultivos de garganta o hagan extracciones dentales. No tema preguntarles si ellos deben usar guantes.

El Control de Infecciones y Programa de Prevención de Metrocare Services reconoce las siguientes organizaciones en el suministro de este material educativo:

- * Centros de Control y Prevención de Enfermedades
- * La Comisión Conjunta
- * Sociedad del Control y Prevención de Infecciones de Texas
- * Comisión de Acreditación para la Salud

3. Cúbrase la boca y la nariz



Muchas enfermedades se propagan a través de los estornudos y la tos. Al estornudar o toser, los gérmenes pueden viajar hasta más de un metro. Cubrirse la boca y la nariz ayuda

a prevenir la propagación de la infección a otras personas.

¡Utilice un pañuelo! Mantenga pañuelos desechables a la mano en casa, en el trabajo, y en su bolsillo o bolso. Asegúrese de tirar los pañuelos usados y lávese las manos después de toser o estornudar.

Si no tiene un pañuelo, utilice las manos o la parte interna del codo para cubrirse la boca y la nariz. Si utiliza las manos, láveselas de inmediato.

4. Si está enfermo, evite el contacto cercano con otras personas



Si está enfermo, manténgase alejado de otras personas o quédese en casa. No le de la mano o toque a otros.

Cuando vaya a recibir tratamiento médico (ver al médico), llame y pregunte si hay algo que puede hacer para evitar infectar a las personas en la sala de espera.

Mientras que este en el consultorio del médico, siga sus consejos para prevenir la propagación de infecciones, como el uso de una máscara y / o el uso de desinfectante a base de alcohol suministrado para limpiarse las manos antes de entrar o después de salir de la consulta.

5. Vacúnese para evitar enfermedades y luchar contra la propagación de infecciones



Asegúrese de que sus vacunas estén al día. Asegúrese que las vacunas de su(s) hijo(s) estén al día. Consulte con su médico acerca de las vacunas que pueda necesitar. También puede ponerse en contacto con su

departamento de salud local para obtener información sobre las vacunas.

Las vacunas están disponibles para prevenir estas enfermedades:

Varicela	Meningitis	Herpes Zóster
Difteria	Paperas	Tétanos
Hepatitis	Sarampión	Tos Ferina (Pertusas)
Gripe (Influenza)	Rubéola	Neumonía (Neumococo)
Virus del Papiloma Humano (VPH)		

PREPARACIÓN PERSONAL

Lista de suministros de emergencia

Un desastre natural como una inundación o un ataque terrorista podría forzar una evacuación o la necesidad de refugiarse en casa. Este tipo de eventos se producen fuera de nuestro control. La buena noticia es que hay cosas que usted puede hacer para tomar el control en una emergencia y brindar un sentido de seguridad a su familia. El momento de prepararse es ahora. Mantenga una cantidad suficiente de estos artículos almacenada en casa para al menos tres días por cada miembro de la familia.

Suministros médicos

- botiquín de primeros auxilios
- máscaras protectoras
- medicamentos personales recetados
- medicamentos para mascotas
- cintas y aparato para medir la glucosa
- equipo para controlar la presión sanguínea



COSAS ESENCIALES DEL BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| • vendajes | • tijeras | oxigenada |
| • gasa | • termómetro | • ungüento |
| • copos de algodón | • compresa caliente/fría | antibiótico |
| • adhesivo hospitalario | • alcohol | • gotas oftalmológicas |
| • pinzas | • desinfectante | • medicamento para el dolor |
| | • agua | |



Otros suministros

- dinero en efectivo
- teléfono celular
- abrelatas manual
- linternas
- baterías
- velas
- fósforos
- bolsas de basura
- navaja de bolsillo
- radio reloj con baterías



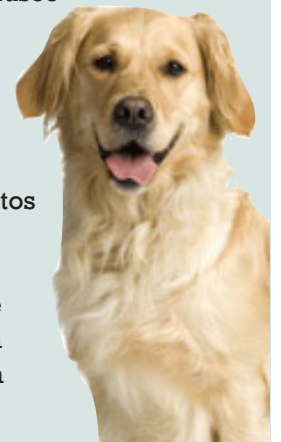
Comida y agua

- agua
- jugo
- comida enlatada
- galletas
- cereal
- barras de granola
- nueces
- frutas secas



Bebés y mascotas

- fórmula
- teteros
- leche en polvo
- comida en frasco para bebés
- pañales
- paños desechables para bebés
- caja para gatos
- correa
- collar
- etiquetas de identificación
- comida para mascotas



Artículos personales

- productos higiénicos
- papel higiénico
- toallas
- jabón
- champú
- gel desinfectante para manos
- solución para lentes de contacto
- cepillo de dientes
- crema dentífrico
- almohadas
- cobijas



Preparación para evacuaciones

Estar preparado para una evacuación de emergencia es esencial para garantizar la seguridad de su familia durante una amenaza de salud pública. Para estar preparado, se recomienda que establezca un plan para su familia y que identifique los elementos necesarios para el Go Kit de su hogar (recipiente con cosas para llevar).

- 1** Planifique con anticipación el sitio de destino.
- 2** Comparta esta información con su familia y sus amigos.
- 3** Identifique un lugar de encuentro para que todos los miembros de la familia vayan en caso de que alguien se pierda o se separe.



La mayoría de los elementos necesarios para refugiarse en su casa serían necesarios en una evacuación de emergencia. Además de esos elementos, debe recopilar los siguientes en una caja de seguridad a prueba de fuego y de agua:

- Copias de documentos familiares importantes, incluyendo certificados de nacimiento, matrimonio y defunción, tarjetas del seguro social, registros de vacunación, registros escolares, documentos de divorcio y acuerdos de custodia, testamentos, pólizas de seguro, escrituras y pasaportes
- Números de teléfono de familiares, amigos y vecinos
- La información médica de cada miembro de la familia
- Año, marca, modelo y números de identificación de cada vehículo
- Inventario de los objetos de valor del hogar
- Fotos de la familia
- Información financiera que incluya una lista de tarjetas de crédito y números de cuentas bancarias; información sobre cuentas de jubilación y préstamos estudiantiles
- Números telefónicos de empresas de servicios públicos e instituciones financieras



DCHHS
Safe families, healthy lives.

Dallas County Health and Human Services

214-819-2100 | www.dallascounty.org

Zachary Thompson, Director | Dr. Steve Wilson, Medical Director



NOMBRADA ANTERIORMENTE ADVOCACY INC.

Línea Estatal de Admisión para Clientes Nuevos
1.800.252.9108

Línea Gratuita Para Clientes Actuales
1.800.315.3876

Número video-telefónico estatal
1.866.362.2851

OFICINA PRINCIPAL

2222 West Braker Lane
Austin, TX 78758
512.454.4816

OFICINA REGIONAL DEL CENTRO DE TEXAS

2222 West Braker Lane
Austin, TX 78758
512.454.4816

OFICINA REGIONAL DEL ESTE DE TEXAS

1500 McGowen, Suite 100
Houston, TX 77004
713.974.7691

OFICINA REGIONAL EL PASO

300 E. Main, Suite 205
El Paso, TX 79901
915.542.0585

OFICINA REGIONAL NORTE DE TEXAS

1420 West Mockingbird Lane, Suite 450
Dallas, TX 75247-4932
214.630.0916

OFICINA REGIONAL SUR DE TEXAS

6800 Park Ten Blvd., Suite 208-N
San Antonio, TX 78213
210.737.0499

OFICINA REGIONAL OESTE DE TEXAS

4747 South Loop 289, Suite 120
Lubbock, TX 79424
806.765.7794

¿Necesita Usted Ayuda?

Derechos de Discapacidad Texas es la agencia de protección y abogacía que el gobierno federal ha designado para las personas con discapacidades en Texas.

Como el gobierno de los Estados Unidos de América y la Fundación de Acceso a la Justicia de Texas financian nuestra agencia, muchas veces nuestros abogados y defensores pueden proteger y avanzar los derechos de individuos con discapacidades sin cargo a nuestros clientes.

Cuando usted llama a nuestro teléfono de ingreso estatal durante horas hábiles normales, puede usted hablar directamente con un miembro de nuestro equipo, quien le hará algunas preguntas sobre usted y el problema que enfrenta.

Una vez que tengamos conocimiento del caso, o le proporcionaremos la información que usted requiere, le haremos referencia a otra agencia, o asignaremos su caso a un empleado de nuestro equipo de Derechos de Discapacidad Texas para mayor repaso y ayuda.

www.DisabilityRightsTx.org

Si usted tiene alguna discapacidad o conoce a alguien con discapacidad que necesite ayuda, llame a nuestro teléfono de ingreso estatal al **1.800.252.9108**.



Protegiendo y abogando por los derechos de Tejanos con discapacidades — porque toda persona tiene **dignidad y valor**



Muchas personas con discapacidades encuentran que sus retos mayores tienen muy poco que ver con las discapacidades mentales o físicas con las que viven a diario. Demasiado seguido, enfrentan los obstáculos de discriminación, ignorancia y estereotipado negativo sobre lo que pueden – o no pueden – hacer las personas con incapacidades.

Derechos de Discapacidad Texas existe para ayudar a las personas a romper estas barreras para lograr sus metas y sueños personales.

Avanzando sus Derechos Legales

En los años 1970, en respuesta a reportes de abuso y negligencia general en instituciones estatales, el Congreso ratificó varias leyes para proteger a las personas con discapacidades contra la discriminación. El Congreso también creó una red nacional de organizaciones de protección y abogacía para asegurar y avanzar los derechos de individuos con incapacidades.

Derechos de Discapacidad Texas es la agencia de protección legal y abogacía designado por el gobierno federal para personas con discapacidad en Texas. Nuestra misión es ayudar a las personas con discapacidades a entender y ejercer sus derechos bajo la ley, asegurando así su participación plena y equitativa en la sociedad.

Los abogados y defensores de Derechos de Discapacidad Texas cumplen nuestra misión de las maneras siguientes:

- Proporcionar asistencia legal directa a personas con discapacidades cuyos derechos han sido amenazados o violados
- Proteger los derechos de individuos y grupos de personas con discapacidades a través de las cortes y el sistema de justicia
- Abogar por leyes y políticas públicas que protegen y avanzan los derechos de personas con discapacidades
- Informar a las personas con discapacidades y a sus familiares sobre sus derechos; referirlos a programas y servicios apropiados

Prioridades de Servicio

Debido a límites de personal y recursos financieros, el alcance de nuestro trabajo se limita a las siguientes áreas de prioridad:

- **Accesibilidad**
- **Participación en la comunidad**
- **Educación**
- **Empleo**
- **Cuidado de Salud**
- **Alojamiento**
- **Protección y Derechos Civiles**
- **Transporte**
- **Derechos de Votación**

Cada cuatro años se re-establecen nuestras prioridades de servicio, que revisa nuestro Consejo de Directores. Como no podemos responder a todas las necesidades de protección y abogacía que existen en el estado, el proceso de establecer las prioridades nos ayuda a determinar que asuntos y grupos tienen la mayor necesidad — para que se puedan implementar nuestros recursos limitados de la mejor manera posible.

Abogando por Usted

Derechos de Discapacidad Texas protege y avanza los derechos legales, humanos y de servicio de tejanos con una amplia extensión de discapacidades, incluyendo:

- **Discapacidades de desarrollo**
- **Discapacidades físicas**
- **Enfermedad mental**
- **Debilitamiento emocional**
- **Discapacidades de aprendizaje**
- **Daños por trauma cerebral**
- **Discapacidades intelectuales**
- **Discapacidades sensoriales, como ceguera o sordera**
- **Autismo**
- **Discapacidades y condiciones de salud crónica de comienzo adulto**

Para más información sobre el alcance de nuestros servicios, visite nuestra página web en www.DisabilityRightsTx.org.

DIRECTIVA A LOS MÉDICOS Y A FAMILIARES O SUBSTITUTOS

Ley de Directivas Anticipadas (ver §166.033 del Código de Salud y Salubridad)

Instrucciones para llenar este documento:

Este es un documento legal importante conocido como Directiva Anticipada. Su función es ayudar a comunicar sus deseos relacionados con el tratamiento médico para un momento futuro cuando no tenga la capacidad de hacer conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos se basan generalmente en sus valores personales. En particular, sería bueno considerar qué sacrificios o dificultades de tratamiento está dispuesto a soportar a cambio del beneficio que obtendría en caso de estar gravemente enfermo.

Se le sugiere que hable sobre sus valores y deseos con su familia o con la persona escogida como su vocero, lo mismo que con su doctor. El doctor, otro proveedor médico o una institución médica pueden ofrecerle algunos recursos para ayudarle a completar la directiva anticipada. A continuación se dan unas definiciones breves que le podrán ayudar en sus discusiones y en la planeación. Escriba sus iniciales al lado de las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Dele una copia de la directiva a su doctor, a su hospital habitual y a su familia o vocero. Haga una revisión periódica del documento. Mediante la revisión periódica, puede asegurar que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva anticipada, la ley de Texas estipula otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes en caso de una enfermedad grave. Estas son: el Poder médico y la Orden de no revivir fuera del hospital. Sería bueno hablar sobre estos con el doctor, su familia, un representante del hospital o con otros consejeros. También es posible que desee llenar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

DIRECTIVA

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi doctor. Juntos, mi doctor y yo tomaremos las decisiones sobre tratamiento y atención médica mientras yo esté en condiciones mentales de hacer conocer mis deseos. Si en algún momento no tenga la capacidad de tomar decisiones médicas respecto a mi salud debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se respeten las siguientes preferencias respecto al tratamiento:

Si, a juicio de mi doctor, padezco una enfermedad terminal de la que se espera moriré dentro de los seis meses, incluso con tratamientos disponibles para prolongar la vida, suministrados de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

_____ Pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

_____ Pido que me mantengan con vida en esta situación terminal usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida. (ESTA PREFERENCIA NO APLICA A LOS CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES).

Si, a juicio de mi doctor, tengo un padecimiento irreversible, que no permitirá que me cuide ni que tome decisiones por mí mismo y se espera que moriré si no me suministran tratamientos para prolongar la vida de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

_____ Pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

_____ Pido que me mantengan con vida en esta situación irreversible usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida. (ESTA PREFERENCIA NO APLICA A LOS CUIDADOS PARA PACIENTES TERMINALES).

Peticiones adicionales: (Después de hablar con el doctor, sería bueno pensar en escribir en el espacio disponible algunos tratamientos en particular que usted quiere o no quiere que se le den bajo circunstancias específicas, como la administración artificial de nutrición e hidratación, antibióticos por vía intravenosa, etc. Asegúrese de anotar si quiere o no quiere el tratamiento en particular).

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos los cuidados para pacientes terminales, entiendo y estoy de acuerdo en que me den solamente aquellos tratamientos para mantenerme cómodo y que no me den los tratamientos disponibles para prolongar la vida.

Si **no** tengo un poder para la atención médica, y no puedo dar a conocer mis deseos, designo a las siguientes personas para que tomen con mi doctor decisiones sobre tratamiento o atención médica que sean compatibles con mis valores personales:

1. _____
2. _____

(Si usted ya firmó un poder médico, entonces ya habrá nombrado a un agente y no deberá anotar otros nombres en este documento).

Si las personas nombradas antes no están disponibles, o si no he nombrado a un vocero, comprendo que se escogerá un vocero para mí, siguiendo las pautas especificadas por la ley de Texas.

Si, a juicio de mi doctor, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me den todo tratamiento médico disponible suministrado dentro de las pautas de atención actuales, reconozco que me pueden retirar o no dar todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo. Comprendo que bajo la ley de Texas esta directiva no tiene efecto si se ha diagnosticado que estoy embarazada. Esta directiva seguirá en vigor hasta que yo la revoque. Nadie más puede hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, Condado y Estado de mi domicilio _____

Dos testigos adultos hábiles tienen que firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado **Testigo 1** no puede ser una de las personas designadas para tomar decisiones sobre tratamiento o atención médica para el paciente y no puede estar relacionado con el paciente por sangre ni matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la propiedad testamentaria y no puede tener un reclamo en contra de la propiedad testamentaria del paciente. Este testigo no puede ser el médico que lo atiende ni un empleado del médico que lo atiende. Si el testigo es empleado del centro de salud en el cual se atiende al paciente, este testigo no puede estar directamente involucrado en la prestación de la atención al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio ni empleado de la oficina de administración del centro de atención médica donde se atiende al paciente ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Testigo 1 _____ Testigo 2 _____

Definiciones:

"Administración artificial de nutrición e hidratación" quiere decir el suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda puesta en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

"Padecimiento irreversible" quiere decir un padecimiento, lesión o enfermedad:

- (1) que se puede tratar, pero que nunca se cura ni se elimina;
- (2) que deja a la persona incapaz de cuidarse o tomar decisiones por sí misma, y
- (3) que, sin el tratamiento para prolongar la vida suministrado conforme con las normas actuales de atención médica, es mortal.

Explicación: muchas enfermedades graves como el cáncer, la insuficiencia de cualquier órgano vital (el riñón, el corazón, el hígado o el pulmón) y una enfermedad cerebral grave, como la demencia de Alzheimer, se consideran irreversibles desde muy temprano. No tienen cura, pero al paciente se le puede mantener con vida por un tiempo prolongado si recibe tratamientos para prolongar la vida. Más tarde durante la evolución de la misma enfermedad, esta se puede considerar terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Sería bueno considerar qué sacrificios de tratamiento está dispuesto a soportar para lograr un resultado particular. Esta es una decisión muy personal que quizás podría consultar con su doctor, familia u otras personas importantes en su vida.

"Tratamiento para prolongar la vida" quiere decir un tratamiento que, a juicio médico, preserva la vida de un paciente y sin el cual el paciente moriría. El término se refiere a medicamentos y medios artificiales para preservar la vida, como máquinas para respirar, tratamiento de diálisis del riñón e administración artificial de hidratación y nutrición. El término no se refiere a la administración de medicamentos para el dolor, la intervención quirúrgica necesaria para dar alivio ni ningún otro servicio médico ofrecido para aliviar el dolor del paciente.

"Padecimiento terminal" quiere decir un padecimiento incurable causado por lesión, enfermedad o dolencia que a juicio médico produciría la muerte dentro de los seis meses, incluso con el tratamiento disponible para prolongar la vida suministrado de acuerdo con las normas de atención médica actuales.

Explicación: muchas enfermedades graves se consideran irreversibles desde muy temprano en la evolución de la enfermedad, pero no se consideran terminales hasta que la enfermedad haya avanzado bastante. Al pensar en una enfermedad terminal y su tratamiento, sería bueno considerar los beneficios y sacrificios relacionados con el tratamiento y hablar de sus deseos con su doctor, familia u otras personas importantes en su vida.