COUNTY of SAN LUIS OBISPO

Programas de Servicio de Drogas y Alcohol

Hoja de Triaje

Nombre ***(Primero, Segundo, y Apellido):*** _____
(Por favor deletree su Segundo Nombre)

Dirección: _____

Cuidad: _____ **Código Postal:** _____

Número de Casa: _____ **Número de Celular:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Numero de Seguro Social:** _____

¿Quién lo refirió? _____ **Medi-Cal** ***(Circulé uno)*** **– Si o No**

¿En qué Condado eligió recibir el Medi-Cal? _____
Medi-Cal Eligibility Verified: SLO _____ Waiver County _____

¿A qué oficina le gustaría asistir? ***(Circulé Uno)***

Atascadero – Grover Beach – Paso Robles – San Luis Obispo

PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASISTIDO CON MEDICAMENTOS

(Circulé Uno)

¿Cuál es su droga de preferencia? ..... Alcohol o Otra sustancia

¿Es un usuario de IV?..... Si o No

¿Está embarazada? Si o No**...Si le aplica, ¿cuál es la fecha de parto?** _____

¿Ha tenido un intento de suicidio en los últimos 30 días?..... Si o No

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 30 días? ..... Si o No

¿Le gustaría un kit de Naloxona gratis hoy?.....Si o No

(**Solo Personal**: Se informó al cliente que puede entrar y obtener capacitación y kit de Naloxona en cualquiera de nuestras 4 ubicaciones. También se les informó que pueden ir a cualquier CVS / Walgreens y obtener naloxona sin receta.) _____

¿Está aquí para la desintoxicación Opiácea / Suboxone? ..... Si o No

¿Está aquí para la desintoxicación de alcohol?..... Si o No

¿Está usando Metadona? ..... Si o No

¿Tiene alguna receta para Opiácticos y/o Analgésicos?..... Si o No

¿Es usted un paciente activo para el manejo del dolor?..... Si o No

¿Ha sido dado de alta del hospital en los últimos 14 días?..... Si o No

¿Ha sido descargado de la cárcel en los últimos 14 días?..... Si o No

¿Tiene transportación para las citas de tratamiento? ..... Si o No

AZ #_____ DATE_____

COUNTY OF SAN LUIS OBISPO HEALTH AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT

BEHAVIORAL HEALTH APPLICATION FOR SERVICES

Complete la información abajo. Si está completando la forma para su hijo u otra persona, favor de usar la información de el/ella.

REFERIMIENTO:
¿Quién lo ha referido (al cliente)? (Marque y escriba el nombre de la agencia o persona abajo)

☐ Yo Mismo (1)	☐ Familia (2)	☐ Amigo/ Vecino (3)
☐ Clínica Médica/Doctor (4)	☐ Hospital o Dept.de Emergencia (5)	☐ Terapista Privado (6)
☐ Escuela/Colegio (14)	☐ La Ley (especifique)	☐ Empleador (15)
☐ Corte (especifique)	☐ Clínica de Drogas/Alcohol (especifique)	☐ Probación/Parole (especifique)
☐ CalWORKs (38)	☐ Servicios del Bienestar del Nino (41)	☐ Crisis Móvil/MHET (57)
☐ Holman/CenCal (49)	☐ Salud Mental del Condado de SLO	☐ Otra Agencia (especifique)

☐ Otro o especificando de arriba: _____ ☐ Desconocido (99)

NOMBRE DE CLIENTE:

Nombre Legal (Primero, Segundo, Apellido, Jr./Sr/II): _____

Nombre de Nacimiento (si es diferente al de arriba): _____

Otros Nombres (por ejemplo, casado o soltero; alias): _____

INFORMACION DE CONTACTO DEL CLIENTE:

Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ OK en dejar mensaje? ☐ Si ☐ No

Teléfono de Celular: _____ OK en dejar mensaje? ☐ Si ☐ No

Teléfono de Mensaje: _____ OK en dejar mensaje? ☐ Si ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio de Correo (si es diferente): _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

INFORMACION DE IDENTIFICACION DEL CLIENTE:

Licencia de Conducir/ID: ☐ Si ☐ No Estado: _____ Numero: _____

Número de Seguro Social: _____ Razón de no dar NSS: _____

Nombre del Cliente: _____ MR#: _____

Fecha de Nacimiento: _____Es actual o estimada la Fecha? ☐ Actual ☐ Estimada

Lugar de Nacimiento: _____ País/Nación? _____

Si EEUU, cual Estado? _____

Si California, cual Condado? _____

PRIMER Nombre de madre biológica del cliente, si sabe: _____

Estado Civil del Cliente (marque uno): ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado
☐ Separado ☐ Pareja Domestica ☐ Viudo ☐ No Sabe

PERTENENCIA ETNICA (Seleccione una o más)

☐ Caribeño
☐ Mexicano/Mexicanoamericano/Chicano
☐ South American
☐ Indio Asiático/Sur Asia
☐ Chino
☐ Japones
☐ Vietnamizo
☐ Europeo
☐ Central American
☐ Puerto Rico
☐ Africano
☐ Cambodiano
☐ Filipino
☐ Coreano
☐ Medio Oriente
☐ Europeo del Este
☐ Otra Etnicidad (especifique): _____
☐ Multi-Etnicidad (especifique): _____
☐ Prefiere no responder

RAZA DEL CLIENTE (Seleccione una o más)

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Africano Americano/Africano/Negra
☐ Blanca o Anglosajona
☐ Asiático
☐ Nativo Hawaiana u otra Isla del Pacifico
☐ Prefiere no responder

☐ Otra raza (especifique): _____

☐ Mas de una raza (especifique): _____

LENGUAJE DEL CLIENTE:

Primordial: ☐ Ingles (1) ☐ Español (2) ☐ ASL ☐ Otro (especifique): _____

Preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ ASL ☐ Otro (especifique): _____

Cuidador: ☐ N/A ☐ Ingles ☐ Español ☐ ASL ☐ Otro (especifique): _____

¿Necesita un intérprete gratuito? ☐ Si ☐ No

GENERO DEL CLIENTE, IDENTIDAD DE GENERO, Y ORIENTACION SEXUAL:

Sexo de Nacimiento: ¿Que sexo se le designo al nacer?

☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre del Cliente: _____ MR#:_____

OPCIONAL: ¿Cuál es su (del cliente) identidad de género?
☐ Preferible no contestar ☐ Forma no completada por cliente ☐ No Binariola
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Dudando
☐ Transgénero (especifique):
☐ Transgénero, masculino a femenino ☐ Transgénero, femenino a masculino
☐ Transgénero, genero no-conforme

☐ Otra Identidad de Género (especifique): _____

OPCIONAL: ¿Cuál es la identidad de orientación sexual de usted (del cliente)?
☐ Preferible no contestar ☐ Forma no completada por cliente
☐ Derecho o heterosexual ☐ Gay o Lesbiana ☐ Bisexual/Pansexual ☐ Dudando

☐ Otra orientación sexual (especifique): _____

Pronombres de Genero son palabras que quiere que usemos para referirnos a usted. ¿Qué pronombres usted usa?
☐ Ella ☐ El ☐ Ellos ☐ Ze/Zir/Zirs

☐ Otro (especifique): _____

TRABAJO DEL CLIENTE
☐ Empleado tiempo-completo (35 hrs. o mas/semana) (A) ☐ Tiempo Parcial (menos de 35 hrs./semana)(B)
☐ Desempleado (buscando trabajo) (I) ☐ No está en la fuerza de labor (L)
☐ Desempleado (no buscando trabajo) (J) ☐ Encarcelado (M)

Razón por no trabajar (por ejemplo, retirado, amo/a de casa, estudiante): _____

VIVIENDA DEL CLIENTE
Adultos SOLAMENTE:
Usted (cliente) tiene vivienda en la comunidad (por ejemplo, una casa, apartamento, casa móvil, Hotel/Motel, o dormitorio)?
☐ Si, favor de marcar uno de los siguientes que mejor lo describa a usted (cliente):
☐ Vivo independientemente (me cocino, limpio, y manejo mi propio dinero) (05)
☐ Alguien más me ayuda a cocinar, limpiar y pagar facturas algunas veces (06)
☐ Alguien más me ayuda o supervisa al cocinar, limpiar, etc., cada día (07)
☐ Vivo en casa de apoyo, como TMHA, personal supervisa mis actividades diarias (08)
☐ No, actualmente sin hogar (23)
☐ No, vivo en otro Lugar Residencial:
☐ Lugar de Tratamiento de la Comunidad (10) ☐ Rehabilitación de Salud Mental (14)
☐ Tratamiento Residencial de Drogas o Alcohol (26) ☐ Enfermería Especializada (19)
☐ Casa Acreditada de Cuidado (28) ☐ Hospital Estatal (11 ☐ Cárcel/Prisión (21)
☐ Hogar de Sobriedad (16)
☐ Hospital Psiquiátrico Interno o Centro de Salud (PHF) (15)

☐ Otro (especifique): _____

Nombre del Cliente: _____ MR#: _____

Jóvenes SOLAMENTE:

El joven (cliente) tiene Vivienda (casa, apartamento, casa móvil, o dormitorio, ¿etc.)?

☐ Si, con Familia (05) ☐ No, sin hogar (23) ☐ Se Desconoce (99)

☐ Si, pero en una situación diferente:

☐ Casa Hogar (01) ☐ Casa de Grupo (STRTP) (27) ☐ Instalación Correccional/Cárcel Juvenil (22)

☐ Hospital Psiquiátrico Interno o Instalación de Salud Psiquiátrica (PHF) (15)

☐ Otro (especifique): _____

FAMILIA DEL CLIENTE

¿Esta (cliente) EMBARAZADA? ☐ Si ☐ No Fecha de Parto: _____

¿Tiene (cliente) niños? ☐ Si ☐ No Cuantos de edad 0-5? _____ 6-17? _____

¿Ha (cliente) tenido o tiene un caso abierto con Servicios de Protección Infantil? ☐ Si ☐ No

Cuantos hijos bajo 17 tiene (cliente) a su cuidado por lo menos 50% del tiempo? _____

Cuantos adultos dependientes tiene (cliente) a su cuidado por lo menos 50% del tiempo? _____

EDUCACION DEL CLIENTE

Ultimo Grado Completado: _____ Programa Vocacional: ☐ Si ☐ No

Especifique Titulo: _____Especifique Programa Vocacional: _____

Nombre de Escuela: _____ Distrito Escolar de Residencia: _____

DISCAPACIDAD

¿Está usted (cliente) discapacitado? ☐ Si ☐ No (11) ☐ Prefiere no contestar (9)

Marque todo lo que aplique: ☐ Oído (1) ☐ Visual (2) ☐ Movilidad/caminar (3) ☐ Hablar (4)

☐ Lesión Cerebral (5) ☐ Salud (6) ☐ Desarrollo (7) ☐ Salud Mental (12)

☐ Otro (no relacionado con alcohol o drogas), especifique: _____ (8)

MILITAR

¿Es usted (cliente) Veterano? ☐ Si ☐ No ☐ Declinar a Responder

¿Tiene (cliente) una discapacidad por razones militares? ☐ Si ☐ No

¿Tiene (cliente) Beneficios de Asistencia de Veterano? ☐ Si ☐ No

Numero Reclamativo de Veterano: _____

CONTACTO(S) DE EMERGENCIA

Agregue más contactos como sea necesario en la última página de este formulario

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Nombre del Cliente: _____ MR#:_____

INFORMACION LEGAL

Estado Legal del Cliente:

☐ Voluntariamente (9) ☐ Dependiente de la Corte (300)(G) ☐ Pertenece (Pupilo) a la Corte(600)(I)

☐ Tutela LPS/Salud Mental (B) ☐ PC 290(J) ☐ PC 1370 ☐ Probación ☐ Se Desconoce (0)

☐ Otro, Especifique: _____ Corte, Caso, o CDC #: _____

Nombre y # de Teléfono de Probación, Parole, o Trabajador Social: _____

Nombre de Persona Legalmente Responsable: _____

Relación con el solicitante: _____

Si el cliente es un menor, hay restricciones de visitas o problemas de custodia? (especifique):

_____

MEDICAL INFORMATION

Médico De Cabecera: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Domicilio: _____

Farmacia: _____

Hospital de Preferencia: _____

FINANZAS/SEGURO

¿Cuál es su ingreso mensual familiar? _____

¿Cuántas personas viven bajo este ingreso incluyendo usted? _____

¿Tiene Medi-Cal (CenCal)? ☐ Si ☐ No Numero de Medi-Cal: _____

¿Tiene Medicare? ☐ Si ☐ No Numero de Medicare: _____

¿Tiene Seguro Médico Privado? ☐ Si ☐ No Compañía/Numero de Póliza: _____

NOMBRE DE PERSONA COMPLETANDO LA FORMA: _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Nombre del Cliente: _____ MR#: _____

CONTACTOS IMPORTANTES Y DE EMERGENCIA:

Favor de listar cualesquiera otras personas importantes quien puedan involucrarse en el tratamiento del cliente. Ejemplos incluyen un trabajador social, oficial de probación, al igual que otros miembros de familia involucrados (padres, padrastro, madrastra, otro cuidador, etc.) No contactaremos a personas que no estén en esta lista sin autorización apropiada por escrito solo que se requiera o sea permitido por la ley.

Nombre:	**Relación con el cliente:** *(Trabajador social, padre adoptivo, tía, padrastro, etc.)*	**Numero Telefónico:**

Nombre del Cliente: _____ MR#:_____

BEHAVIORAL HEALTH-CUESTIONARIO DE SALUD

San Luis Obispo Behavioral Health Department	☐ DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805) 781-4275 FAX (805) 781-1227	☐ MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177

Proveedores de Servicios Médicos:

Marque cualquiera de los servicios que ha recibido o ha recibido en los últimos 5 años

☐Community Health Center (CHC) ☐ Medico comuitario priviado ☐ Sala de emerencia del hospital
☐Centro de atencion urgente ☐ Servicios de manejo del dolor ☐ Medicina Especial (i.e., Neurologia, Cardiologia, Endocrinologia)
☐Dentista ☐ Clinicas de Metadona

Informacion General de Salud

1. Fecha de la ultima vez que vio a un medico/ enfermera practicante/ asistente medico:	2. ¿Cuál fue el propósito de la visita?	3. Fecha de su último examen físico?

4. ☐ ¿cuántas veces has visitado un servicio de urgencias en los últimos 30 días?

5. ☐ ¿cuántas veces en los últimos 30 días, te has quedado en un hospital por problemas de salud física?

6. ☐ ¿Cuántos días en los últimos 30, has experienciado problemas de salud física?

7. ☐Si ☐No ¿Alguna ves has tenido cirugia? En caso que si, indique las cirugia:

8. ☐Si ☐No ¿Tiene alguna historia de cualquier otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? En caso que si, porfavor denos detalles:

Alergias

9. ☐Si ☐No ¿Tiene alergias? En caso que si, anote abajo sus alergias y su reacción (es decir, erupción de piel, anafilaxia, etc.)

Alergias a medicamentos:

Alergia a comida-

Otras alergias (animales, productos químicos , etc.):

Medicamentos

10. Por favor de provenir lista de medicamentos con reseta y medicamentos de venta libre (vitaminas, suplementos alimentaicos, Tylenol, Tums, ect.) que usted toma con regularidad (**Si necesita más espacio, agrege otra hoja**)

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nomber del Medico

11. Cual farmacia utiliza?

12. ¿Está experienciado cualquiera de los siguientes sintomas?

Si No
☐ ☐ Hinchazón de los tobillos
☐ ☐ frecuente coloración amarillenta de la piel (ictericia)
☐ ☐ Problemas nasales (sinusitis)
☐ ☐ Problems de sangrado-moretones con facilidad
☐ ☐ Dolor o rigidez en las articulaciones
☐ ☐ dificultad para tragar
☐ ☐ Dolor en el pecho (angina)
☐ ☐ Acidez estomacal o dolores abdominales
☐ ☐ Sed excesiva
☐ ☐ Tos; persistente o con sangre
☐ ☐ Dolor de espalda crónico
☐ ☐ Dientes o problemas las encías
☐ ☐ Náuseas y Vómito
☐ ☐ Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces
☐ ☐ Mareos o desmayos
☐ ☐ Micción frecuente o con sangre
☐ ☐ Erupciones
☐ ☐ Vision- borrosa o visión doble
☐ ☐ fiebre

Si No
☐ ☐ Convulsiones
☐ ☐ dolores de cabeza
☐ ☐ Ganancia o pérdida de peso recientemente
☐ ☐ Dificultad para respirar
☐ ☐ Transfusión de sangre
☐ ☐ Artritis
☐ ☐ Derrame Cerebral -Si es asi, de detalles:
_____
☐ ☐ Alta presion
☐ ☐ Baja presion
☐ ☐ Articulaciones artificiales
☐ ☐ Lesion en la cabeza-Si es asi, de detalles:
_____
☐ ☐ Cáncer
☐ ☐ Quimoterapia/radiacion
☐ ☐ Diabetes
☐ ☐ Asma, enfisema o bronquitis cóonica
☐ ☐ Anemia
☐ ☐ Ataque cardiaco o problema cardiaco: en caso que si, de detalles:_____

NOMBRE DEL CLIENTE:	NÚMERO DE CLIENTE:

13.	Sólo Para Mujeres
Si No ☐ ☐ ¿Embarazada? Fecha de Alivio de embarazo_____ ☐ ☐ ¿Lactancia? ☐ ☐ ¿Ha tenido perdida involuntaria o abortos? Si es asi, de detalles _____ ☐ ☐ ¿Tiene períodos difíciles? Si es asi, de detalles: _____ Fecha del último período : _____	Si No ☐ ☐ ¿A pasado por abuso doméstico? ☐ ☐ ¿Tiene dolor durante la relación sexual? ☐ ☐ Mamografía abnormal o tumor? fecha :_____ ☐ ☐ Papanicolau abnormal ? Si es asi de detalles y fecha: _____ **Fecha del último examen ginecológico:**_____

Enfermedades Transmisibles

14. ☐Si ☐No ¿Ha tenido prueba de tuberculosis? (Tuberculosis)
15. ☐Si ☐No Si→ ¿A tenido una prueba positiva de tuberculosis? → Fecha de la última prueba de TB o rayos x del pecho:

16. ☐ Si ☐No ¿Ha sido diagnosticado con Hepatitis C ? Fecha de la última prueba:_____
17. ☐ Si ☐No ¿Has sido probado por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique:

18. ☐ Si ☐No ¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad de transmisión sexual (ETS)? 19. ☐ Si ☐No ¿A recibido tratamiento?	**¿Fecha de la última prueba de ETS?**
20. ☐ Si ☐No ¿Ha hecho la prueba del VIH? 21. ☐ Si ☐No ¿Recibió el resultado de la prueba? →	Fecha de la última prueba del VIH:

Salud Mental

22. ☐ Si ☐No ¿Alguna vez fue diagnosticado con un trastorno mental? ¿Cuál fue su diagnosis?
23. ☐ Si ☐No ¿Fué tratado? En caso que si, de detalles:

24.	¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?
25.	¿En los últimos 30 días, se ha quedado 24 horas o más en un hospital psiquiátrico de salud mental?

26. ☐ Si ☐En los últimos 30 días , ¿ha tomado medicamentos de prescripción(s) para el uso de salud mental? Incluya medicamentos para ansiedad:

27. ☐ Si ☐No ¿Intentos previos de suicidio?	28. Fecha de más reciente intento:	29. ¿Cuántos intentos en su vida?

Alcohol y Otras Drogas

30. ¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?	Diario	Seguido	Aveces	Fecha de ultimo uso
Alcohol→				
Drogas→				

31. ☐ Si ☐No ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?
32. ☐ Si ☐No ¿Agujas compartidas?
33. ☐ Si ☐No ¿A intercambiando algodon?

34.	¿ Cuántos días en los últimos 30 se ha inyectado drogas?	¿última vez que se inyectó?

35.☐ Si ☐No ¿Ha utilizado jeringas o aujas que fueron proveidas por el condado de San Luis Obispo?

36. ☐ Si ☐No ¿Usted siente que se le esta bajando el effecto de una sustancia? Si es asi, cual sustancia?

37. ☐ Si ☐No ¿Convulsiones, delirio tembloroso? Si es asi de detalles:

38. ☐ Si ☐No ¿Ha perdido el sentido? En caso, ¿cuántas veces y con qué frecuencia ?

39. ☐ Si ☐No ¿Usted actualmente fuma/injeriendo marihuana ? → ☐ Si ☐No ¿Tiene una tarjeta de marihuana médica?	Fecha de la última vez que ingiero marihuana:
40. ☐ Si ☐No ¿Alguna vez ha tomado una sobredosis de alcohol u otras drogas?	Si es asi, de detalles:

A lo mejor de mi conocimiento la información anterior es exacta y verdadera y voy a informar a mi proveedor de cambios en mi salud o medicamentos:
Firma del cliente: **Fecha:**

NOMBRE DEL CLIENTE:	**NÚMERO DE CLIENTE:**

San Luis Obispo County Behavioral Health

RECONOCIMIENTO DE NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS

Reconozco que he recibido una copia de la "Noticia de Practicas Privadas" del Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo. Comprendo que la "Noticia de Practicas Privadas" meinforma de las maneras en que el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo puede usar mi información de salud protegida y de mi acceso y derechos sobre mi información de salud.

Firma de Cliente:

_____ Fecha: _____ Hora: _____ O N/A

Firma de Representante Legal Autorizado::

_____ Fecha: _____ Hora: _____ O N/A

For Staff Use Only:

Is this an Emergency Treatment Situation? O Yes ● No

HOW NOTICE WAS PROVIDED

Was written Notice of Privacy Practices provided? ● Yes O No

If not, was Notice given in another way? O Yes O No

If written Notice was not provided, method of Notice: O Verbal O Fax O E-mail O Website

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT

Has client signed Notice of Receipt of Privacy Practices? ● Yes O No

If no, did client otherwise acknowledge Notice of Privacy Practices? O Yes O No

If Notice was acknowledged in another way, method of acknowledgement: O Verbal O Fax O E-mail O Website

If no acknowledgement was received, document why you were unable to get an acknowledgement from the client and the efforts you made to get the acknowledgement? Explain:

Signature of Staff Person Recording Acknowledgement of Receipt of Privacy Practices:

_____ Date: _____ Time: _____

Client Name (Nombre):

Client #:

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD CONDUCTUAL

Servicios de drogas y alcohol y Servicios de salud mental
2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Teléfono: (800) 838-1381 FAX: (805) 781-1177

Consentimiento para el tratamiento de salud conductual:
Doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo (SLOBHD, por sus siglas en inglés) brinde servicios de salud mental necesarios a mí ó al cliente identificado en ésta forma Consentimiento para tratamiento.

Mis derechos:
Entiendo que tengo derecho a:

- Discutir las opciones de tratamiento con mis proveedores. El personal de SLOBHD discutirá conmigo todos los procedimientos de tratamiento, incluyendo medicamentos, análisis de orina para detectar drogas, parches y alcoholímetro.
- Solicitar y obtener información sobre riesgos, beneficios y alternativas a cada servicio.
- Ayudar a desarrollar y recibir una copia de mi plan de tratamiento.
- Recibir atención profesional. Entiendo que SLOBHD no garantiza los resultados.
- Ser tratado(a) con dignidad y respeto
- Rechazar ó descontinuar cualquier servicio ó procedimiento. Si un tribunal me ordena que esté en tratamiento, entiendo que aún puedo negarme a participar, aunque pueda enfrentar consecuencias legales por mi decisión. Para menores ó adultos conservados, el tutor legal tiene el derecho de rechazo, a menos que el menor, de 12 años ó más, consintió ó hubiera consentido su propia atención.

Mis responsabilidades:
Entiendo que soy responsable de:

- Mantener mis citas, lo que me ayudará obtener el máximo provecho de mi tratamiento. Si no cumplo con mis citas, SLOBHD puede suspender mis servicios.
- Actúar de manera respetuosa. Si soy violento ó amenazador para el personal u otros clientes, SLOBHD puede cambiar ó suspender mis servicios. Si cometo un crimen en el sitio, SLOBHD contactara a la policía. Podrán presentarse cargos.
- Proteger la confidencialidad de otros clientes. Si violo la confidencialidad de otros clientes, SLOBHD puede cambiar ó detener mis servicios.
- Participar en el tratamiento hablando con el personal de SLOBHD sobre mis elecciones

Pago / Autorización de facturación:

Por la presente autorizo a SLOBHD a facturar por todos los servicios que me han proporcionado. Autorizo a SLOBHD a recibir el pago de los beneficios médicos de cualquier plan de seguro médico que me cubra, incluidos Medi-Cal, Medicare y un seguro de salud privado. Entiendo que si tengo cobertura completa de Medi-Cal, SLOBHD no me cobrará por los servicios que reciba siempre que mi cobertura de Medi-Cal esté activa. Si no reúno los requisitos ó si pierdo la elegibilidad para Medi-Cal, el personal de SLOBHD analizará un calendario de pagos conmigo, que debo pagar.

Materiales informativos:
Entiendo que los Manuales de Beneficiarios de Medi-Cal están disponibles en las siguientes ubicaciones:

- http://www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency/Behavioral-Health/Forms-Documents/Client-Information-Materials-_Handbooks.aspx
- Previa solicitud en cualquier clínica de salud mental

Entiendo que las listas de proveedores están disponibles en las siguientes ubicaciones:

- http://www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency/Behavioral-Health/Forms-Documents/Quality-Support-Team/Network-Provider-List.aspx
- Previa solicitud en cualquier clínica de salud mental

Recibí una copia de lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda)

☒ Consentimiento para tratamiento de salud mental (requerido para todos los servicios)
☐ Información sobre Directivas Avanzadas (requerida para servicios de salud mental)

Además, para los servicios de drogas y alcohol:

☒ Manual del cliente
El Manual del cliente contiene información sobre:

- VIH / SIDA, Hepatitis C, TB Hoja de información y números de teléfono para pruebas y referencias
- Información sobre las pruebas de detección de drogas, que incluye lo que puedo ó no tomar mientras estoy en examinacion.
- Información sobre los servicios, el pago, el comportamiento esperado, qué puedo hacer si tengo una recaída y los recursos generales de la comunidad
- Información sobre los servicios de apoyo de recuperación y las opciones de seguimiento después de la atención

Derecho a revocar el consentimiento para el tratamiento de salud del comportamiento:
Entiendo que este Consentimiento para el tratamiento de la salud del mental es efectivo mientras dure mi tratamiento en SLOBHD a menos que lo retire informándole al personal de SLOBHD. Mi firma ó la firma de un tutor indica que el personal de SLOBHD me explicó éste

formulario de consentimiento en un idioma que puedo entender, y que yo (ó mi tutor) este de acuerdo con lo anterior

Está el cliente dispuesto y capaz de firmar el acuerdo

☒ Yes

☐ No Si no, por favor explique:

Firma del cliente:	Fecha:	Hora:
Firma de la persona legalmente responsible	Fecha:	Hora:
Testigo personal	Fecha:	Hora:

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento para la divulgación, uso e intercambio de
Información confidencial para el consentimiento de propósitos múltiples

Apellido, Nombre, Mi: MR#:
Ultimos cuatro digitos del numbero de Seguro social: XXX-XX-___ Fecha de nacimento:

☐ **Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para que <u>mi registro médico completo</u> pueda ser recibido, compartido y divulgado desde y entre la Información del Programa de Trastorno por Uso de Sustancias y los siguientes Proveedores que no reciben tratamiento indicado(s) debajo desde_____ (fecha) hasta _____ (fecha)**

El registro médico legal incluye lo siguiente:

Admisión y alta de CalOMS, diagnósticos, cualquier evaluación, reevaluación o detección, resultados y pruebas de laboratorio y de drogas, resúmenes / planes de alta, planes de tratamiento, notas de progreso, incluidas notas de grupo y notas de progreso del médico, registros de asistencia, solicitudes de servicio, referencias , Exploraciones físicas, Justificación de la continuación del tratamiento.

☐ **Al poner mis iniciales, doy consentimiento pata que <u>solo ciertas partes</u>, de mi expediente médico del programa de Trastorno por Uso de Sustancia sea recibido, compartido y divulgado entre el Programa de Trastorno por Uso de Sustancia Información de Salud y los siguientes Proveedores que no reciben tratamientos indicado(s) debajo (indique los detalles específicos):**

_____
_____
_____
_____

El Programa de Sustancias de Salud Mental de San Luis Obispo solo revelará a quién usted ha dado su consentimiento por escrito.

Iniciales	Organizaciones	Iniciales	Organizaciones
	Condado de San Luis Obispo- Departamento de Servicios Sociales		Otro: Sentry/Cordant
	Condado de San Luis Obisop- Departamento de Sheriff (Bailiff)		Otro: Farmacia:
	Condado de San Luis Obispo- Departamento del consejo		Otro:
	Condado de San Luis Obispo- Corte Superior		Otro:
	Laboratorios de pruebas		Otro:
	Escuela		Otro:
	CAPSLO Direct SVCS/Parent Education		Otro:
	Tri-Counties Regional Center		Otro:
	Departamento de libertad condicional (Probacion)		Otro:
	Departamento de libertad condicional (Parole)		Otro:

	Defensores especiales designados por el tribunal (CASA)		Otro:
	Abogados:		Otro:
	Miembros de la familia:		Otro:
	Oficial de servicios para veteranos:		Otro:
	Padres adoptivos (Foster Parent):		Otro:
	Instalaciones de tratamiento residencial		Otro:
	Residencias de recuperación		Otro:

Propósito y limitaciones para el uso o divulgación de la información

Entiendo que el propósito de la divulgación continua y el intercambio de mi información médica es permitir la coordinación de la atención / el tratamiento / las referencias entre los proveedores que no reciben tratamiento y que figuran en este consentimiento.

Al poner sus iniciales, este consentimiento para recibir, compartir y divulgar:

☐ **No caducará hasta el final del tratamiento.**

O

☐ **Expirará el (Ingrese la fecha que no exceda 1 año) o evento específico:**

_____

- **Doy mi consentimiento para el uso y / o divulgación de mi información médica identificable individualmente como se describe arriba para el propósito mencionado. Entiendo que no necesito firmar este consentimiento para recibir tratamiento, inscribirme en servicios o para el pago de mi atención médica. Si mi negativa a firmar afecta la capacidad del condado de San Luis Obispo para brindar servicios, el condado de San Luis Obispo intentará ofrecer servicios bajo otro programa.**
- **Tengo derecho a revocar este consentimiento enviando una notificación firmada deteniendo el consentimiento a:**
  Oficial de privacidad del condado de SLO: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401
  O por correo electrónico a privacy@co.slo.ca.us; o llame al (855) 326-9623
- **El Aviso de prácticas de privacidad proporciona instrucciones si elijo revocar mi consentimiento e incluye limitaciones de mi revocación. Este consentimiento vence en la fecha o evento indicado a menos que se revoque antes y entiendo que es posible que alguna información ya haya sido divulgada antes de mi revocación.**
- **PARTE 2: Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad según 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR Parte 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.**
- **Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento.**

Firma del cliente:_____ **Imprimir nombre:**_____**Fecha:**_____

Firma del representante:_____**Relación:**_____**Fecha:**_____

Firma del personal:_____ **Imprimir nombre:**_____ **Fecha:**_____

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo Consentimiento para la divulgacion, uso e intercambio de Informacion confidencial para registros deciso

Apellido, Nombre, Mi: MR#:

Ultimos cuatro digitos del numbero de Seguro social: XXX-XX-___ Fecha de nacimento:_____

☐ **Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para que <u>mi expediente médico completo</u> pueda ser recibido, compartido y divulgado entre el programa de Trastorno por Uso de Sustancias y Los siguiente(s) Proveedor(es) de tratamiento iniciado(s) debajo desde_____ (fecha) hasta _____ (fecha)**

El registro médico legal incluye lo siguiente:

Admisión y alta de CalOMS, diagnósticos, cualquier evaluación, reevaluación o detección, resultados y pruebas de laboratorio y de drogas, resúmenes / planes de alta, planes de tratamiento, notas de progreso, incluidas notas de grupo y notas de progreso del médico, registros de asistencia, solicitudes de servicio, referencias, Exploraciones físicas, Justificación de la continuación del tratamiento.

☐ **Al poner mis iniciales, doy consentimiento para que <u>solo ciertas partes</u>, de mi expediente médico del programa de Trastorno por Uso de Sustancia pueda ser recibido, compartido y divulgado entre el Programa de Trastorno por Uso de Sustancia y el/los siguiente(s) Proveedor(es) de tratamiento iniciado(s) debajo (indique los detalles específicos):**

_____

_____

_____

El Programa de Sustancias de Salud Mental de San Luis Obispo no revelará nada fuera de nuestro programa de tratamiento, incluido el tratamiento o el pago. Si desea que lo divulguemos a cualquier persona ajena a su equipo de trastorno por uso de sustancias con fines de tratamiento o pago, debe dar su consentimiento por escrito.

Iniciales	Organizaciones	Iniciales	Organizaciones
	Condado de San Luis Obispo-Salud Mental		Asociacion Transiciones de Salud Mental (TMHA):
	Sierra Mental Wellness Group		Otro: Doctor:
	Family Care Network		Otro:
	Seneca Center		Otro:
	Child Development Center		Otro:
	Wilshire Foundation Community Services		Otro:
	Bryan's House		Otro:

Propósito y limitaciones para el uso o divulgación de la información

Entiendo que el propósito de la divulgación continua y el intercambio de mi información médica es permitir la coordinación de la atención entre los proveedores de tratamiento enumerados en este consentimiento.

Al poner sus iniciales, este consentimiento para recibir, compartir y divulgar:

☐ **<u>No caducará hasta el final del tratamiento.</u> O**

☐ **Expirará el (Ingrese la fecha que no exceda 1 año) o evento específico:**

_____

- Doy mi consentimiento para el uso y / o divulgación de mi información médica identificable individualmente como se describe arriba para el propósito mencionado. Entiendo que no necesito firmar este consentimiento para recibir tratamiento, inscribirme en servicios o para el pago de mi atención médica. Si mi negativa a firmar afecta la capacidad del condado de San Luis Obispo para brindar servicios, el condado de San Luis Obispo intentará ofrecer servicios bajo otro programa.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento enviado una notificación firmada deteniendo el consentimiento a:

  Oficial de privacidad del condado de San Luis Obispo: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo CA 93401

  O por correo electrónico a privacy@co.slo.ca.us; o llame al (855) 326-9623
- El Aviso de prácticas de privacidad proporciona instrucciones si elijo revocar mi consentimiento e incluye limitaciones de mi revocación. Este consentimiento vence en la fecha o evento indicado a menos que se revoque antes y entiendo que es posible que alguna información ya haya sido divulgada antes de mi revocación.
- PARTE 2: Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad según 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR Parte 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento.

Firma del Cliente:_____ Imprimir nombre:_____Fecha:_____

Firma del representante:_____ Relación:_____Fecha:_____

Firma del personal:_____ Imprimir nombre:_____Fecha:_____

Acuerdo de Tarifas Para Servicios de Drogas & Alcohol del Condado de San Luis Obispo

Año Fiscal 2021-2022

Cobertura de Medi-Cal para Condado de San Luis Obispo Los Servicios de Drogas y Alcohol son un Plan de Atención Administrada aprobado a través del Sistema de Entrega Organizada (ODS) Todos los servicios de tratamiento de trastornos por uso de sustancias médicamente necesarios están cubiertos en su totalidad siempre y cuando se mantenga la elegibilidad mensual de Medi-Cal, y su Medi-Cal sea a través del Condado de San Luis Obispo. No habrá cargos para usted.

☐Acepto proporcionar verificación de la elegibilidad de Medi-Cal por cada mes que reciba servicios. Entiendo que si pierdo mi elegibilidad de Medi-Cal en el Condado de San Luis Obispo, tendré que hacer otros arreglos para los pagos o potencialmente pagar las tarifas completas como se indica a continuación.

Medi-Cal de otro condado sus servicios de tratamiento no serán pagados por Medi-Cal en nuestras clínicas. Sus opciones son:

1) Regrese al Condado donde se encuentra su Medi-Cal para recibir su tratamiento apropiado para el uso de sustancias.
2) Transfiera su Medi-Cal al Condado de San Luis Obispo si aquí es donde se encuentra su residencia en este momento, pidiendo hablar con un Administrador de Casos de Servicio de Drogas y Alcohol que pueda ayudarlo. También puede llamar a su Departamento de Servicios Sociales del Condado de Medi-Cal para solicitar la transferencia de su Medi-Cal a San Luis Obispo.

Otros seguros

Medicare no es aceptado en nuestras instalaciones. Sin embargo, usted puede ser elegible para Medicare y Medi-Cal al mismo tiempo. Pida hablar con un Administrador de Casos que pueda ayudarlo. Las referencias se pueden hacer a otros proveedores de la comunidad de Medicare o usted puede calificar para otras fuentes de financiamiento. Por favor, pida hablar con un Administrador de Casos o el Coordinador de Evaluación.

Seguro Privado

Servicios de Droga & Alcohol no acepta ni cobra al seguro privado. Podemos proporcionar referencias a otros proveedores de la comunidad que aceptan su seguro privado o usted puede calificar para otras fuentes de financiamiento. Si su seguro privado está expirando, o si su situación financiera ha cambiado (como la terminación del empleo), pida hablar con un Administrador de Casos o el Coordinador de Evaluación sobre cómo solicitar Medi-Cal. Si usted es de bajos ingresos, el Administrador de Casos lo ayudará a obtener la elegibilidad de Medi-Cal según corresponda o puede calificar para otras fuentes de financiamiento (vea abajo).

Otras Fuentes de Financiación (8500)

☐ Referencias del Condado: AB109, Libertad Condicional, Corte Superior, Departamento de Servicios Sociales (DSS), Servicios de Bienestar Infantil, Corte de Tratamiento Familiar, Servicios de Tratamiento Juvenil, Referencias Escolares y Referencias del Programa de Manejar Bajo La Influencia (DUI): Los Servicios de Drogas y Alcohol reciben dinero de la subvención o son contratados por otras agencias para proporcionar servicios sin costo alguno para usted mientras está inscrito en programas específicos. Si también tiene Medi-Cal en San Luis Obispo, su Medi-Cal se facturará primero.

Usted Paga Completamente

Tarifas del Programa: Las tarifas del programa se basan en el costo real de proporcionar el servicio. Se emitirán reembolsos por aquellos servicios pagados por adelantado y no proporcionados por el programa.

Individual (15 mins)	$51.97	Sesiones IOT (15 mins)	$39.22	Síntomas abstinencia	$177.85
Manejo de Caso (15 mins)	$40.59	Servicios de apoyo de recuperación (15 mins)	$50.98	Tratamiento asistido por medicamentos (15 mins)	$86.57
Tratamiento residencial por día (nivel de atención)	varea	Habitación y comida por día	varea	Cargo por cheque sin fondos	$31.00

Entiendo que soy responsable de los costos del programa no cubiertos por Medi-Cal u otras fuentes de financiamiento.

Firma de Cliente Fecha Firma de Personal Fecha

Acuerdo de Tarifas Para Servicios de Drogas & Alcohol del Condado de San Luis Obispo

Año Fiscal 2021-2022

Nombre de Cliente:_____ **Numero de Cliente:**_____

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo
Autorización (consentimiento) para la divulgación de registros de trastornos por uso de sustancias (SUD) para facturación

Apellido, Nombre, Mi: MR#:

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro social: XXX-XX-___ Fecha de nacimiento:_____

La información de SUD está protegida por las regulaciones Federales que rigen los Registros de Pacientes de Confidencialidad y Trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1966 (HIPAA), 45 C.F.R Partes 160 y 164, y no puede divulgarlo por Salud Conductual de San Luis Obispo sin autorización por escrito (consentimiento) a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

Que estamos solicitando
Solicitamos su permiso para compartir la información de SUD sobre usted para que Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo pueda facturar y obtener el pago/reembolso por su cuidado..

Autorización
Yo autorizo a Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo a divulgar a _____ (asegurador designado, plan o programa de Seguro u otro pagador) la siguiente información:

____ (Iniciales) Tratamiento o servicios de SUD
____ (Iniciales) Diagnostico
____(Iniciales) Fecha de inicio y finalización del tratamiento _____ a _____
____(Iniciales) Otro:_____
_____

Propósito
El Propósito de una divulgación de conformidad con esta autorización/ consentimiento es para que Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo pueda facturar a mi seguro u otro pagador para que pueda obtener el pago/ reembolso por mi cuidado.

Vencimiento
Estas autorizaciones vencerán el _____(nombre la fecha de vencimiento o evento o Designación de inflamabilidad).

Revocación
Puede cancelar esta autorización antes de que expire poniéndose en contacto con:

El Oficial de Privacidad del Condado de San Luis Obispo:
2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401
O por correo e lectrónico a privacy@co.slo.ca.us; O llamando a (855) 326-9623

Rechazo a Autorizar la Divulgación de Información de Facturación de SUD
☐ Al poner sus iniciales en la seccion "Rechazo a Autorizar la Divulgación de Información de Facturación de SUD," los pacientes aun podrán acceder y recibir la atención y los servicios habituales de

Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo, **EXCEPTO** que los pacientes asuman la responsabilidad financiera de los costos de tratamiento y servicios dentro de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo para sus trastornos por uso de sustancias.
Si la persona que recibe la atención es un menor de 12 años, entonces el padre o tutor legal reconoce haber leído y comprendido este documento y autoriza (consiente) dicha divulgación.
Tanto el menor como el padre/ tutor legal deben firmar a continuación.
Menores de 12 años o más pueden dar su consentimiento para el tratamiento y autorizar la divulgación de información sobre su tratamiento sin el permiso de los padres, en cuyo caso solo el menor debe firmar a continuación.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización (consentimiento)

Firma del Cliente:_____**Imprimir nombre:**_____ **Fecha:**_____
Firma del Representante: _____ ___**Relación:**_____
Fecha:_____

Privacy Policy for Remote Client Services:

County of San Luis Obispo Drug and Alcohol Services will provide Remote Client Services (Telehealth) utilizing the Zoom HealthCare Virtual Meeting Platform. Some personal information such as your name, email address, and computer IP address or cell phone number will be shared with Zoom and will be available to County of San Luis Obispo Drug and Alcohol Services to verify attendance. To participate in Zoom counseling sessions, you must read and agree to Zoom's Privacy Policy https://zoom.us/privacy .

County of San Luis Obispo Drug and Alcohol Services will continue to maintain confidentiality as stated in our Confidentiality Policy. Clients will also be held to the Confidentiality Agreement signed upon enrollment.

To participate in temporary Remote Client Services, sign the release below and email the signed page to: BehavioralHealth@co.slo.ca.us or mail back to 2180 Johnson Avenue, San Luis Obispo, CA 93401.

Remote Client Services Release:

I (print your name) _____, agree to participate in temporary Remote Client Services (Telehealth) at County of San Luis Obispo Drug and Alcohol Services. I understand that specific technology is required to participate, and I certify that I have access to the required technology. Additionally, I have read and understand the Zoom Privacy Policy. I understand that Remote Client Services are being offered on a temporary basis due to the Coronavirus (COVID-19) pandemic, and that once the threat is eliminated and the emergency public health declaration is lifted, client services will then be available at the Drug and Alcohol Services locations only. To receive credit for the session, I understand that I must:

o Attend the session in a private room, free of distractions and to ensure confidentiality. Use of headphones is preferred to maintain confidentiality for all group members.
o Stay for the entire session.
o Not be under the influence of alcohol or other drugs during the session.
o Follow the general group guidelines just like you are in the clinic.

o Please no cross talking.
o If you are not using your cell phone for the session, please turn it and any other electronic device off.
o Please be respectful to all - the group facilitator as well as other group members.

The group facilitator can remove someone from the group or place them into the waiting room at any time and at their discretion for not adhering to the above rules. We only have limited group spots available during this time.

I understand that fees for Drug and Alcohol Services will apply during this time, including the billing of Medi-Cal for telehealth services, and that County of San Luis Obispo Drug and Alcohol Services will provide me with alternate payment methods during the Remote Client Services time period.

I have read and agree to County of San Luis Obispo Drug and Alcohol Services Remote Client Services Policy and Zoom's Privacy Policy https://zoom.us/privacy .

_____

Name – Printed Date

_____

Name – Signature Date

HEALTH AGENCY

Autorizacion Para el Envio de Mensajes de Texto y Correo Electronico

Para su conveniencia y poder brindarle un mejor servicio, nos gustaría mandarle mensajes de texto o correo electrónico. Es importante que entienda la siguiente información:

PARTICIPACION ES VOLUNTARIA

- Usted no tiene la obligación de recibir mensajes de texto o correos electrónico si usted no lo desea.
- Si usted cambia de opinión, nos puede llamar en cualquier momento para cambiar sus preferencias.

TIPO DE MENSAJE QUE LE SERA ENVIADO

- Le enviaremos recordatorios para sus citas programadas, ayuda para pedir citas, notificaciones relacionadas a su cuenta en el portal y otras informaciones relevantes.
- Nosotros NO le enviaremos información confidencial relacionada a su historial médico o resultados de laboratorio.

REGLAS PARA MENSAJES Y CORREOS

- En caso de emergencias, NO envíe mensaje de texto o correos. Usted debe llamar a 911.
- Llámenos cuando necesite una cita de emergencia.
- Nuestro servicio de mensajería no compartirá su información con agentes externos y tampoco compartiremos su información para servicios de mercadeo y venta.
- Avísenos cuando cambie su número de teléfono o dirección de correo electrónico

ENTIENDA CUALES SON LOS RIESGOS

- Los mensajes de texto pueden no ser seguros ya que pueden ser leídos por cualquier persona que tenga acceso a su teléfono o correo electrónico. En algunos casos los mensajes pueden ser interceptados, modificados, compartidos o usados sin que usted se dé cuenta.
- Respaldo de los mensajes de texto pueden existir, aunque usted los haya borrado del buzón principal.
- Su compañía de teléfono puede cargarle cargos adicionales por estos servicios de mensajes.

ACUERDO DE ENTENDIMIENTO

- **Usted quiere recibir recordatorios para sus citas vía mensaje de texto o correos electrónicos, así como notificaciones del portal** **Si ☐** **No ☐**
- **Por favor asegúrese de firmar a continuación si usted ha marcado que si en la casilla anterior, así como también, si ha entendido la información y esta de acuerdo con los riesgos de recibir mensajes o correos electrónicos de la Agencia de Salud.**

Nombre completo del cliente	Fecha de Nacimiento	Nombre completo si Usted es el padre/madre o represéntate legal del cliente
( ) Numero de celular (si está de acuerdo con recibir mensajes de texto)	Correo electrónico (si está de acuerdo con recibir mensajes de correo electrónico)	
X Firma	Fecha	**FOR STAFF USE** Client ID# Date Opt-out request received: Opt-out ☐ No texts ☐ No emails

Rev. June 2019

Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo

Aviso de Practicas de Privacidad
Efectivo Enero 18, 2019

Su Informacion.
Sus Derechos.
Nuestra Responsabilidad.

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgadar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor revise cuidadosamente.**

Sus Derechos

Cuando se trata de su informacion medica, usted tiene ciertos derechos. Esta seccion le explica sus derechos y unas de nuestras responsabilidades para ayudarlo a usted.

Obtenga una copia electronica o de papel de su registro medico

- Usted puede pedir ver o obtener una copia electronica o de papel de su historia clínica y otra información medica que tenemos sobre usted, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas por nosotoros. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, por lo general dentro de 30 dias de la solicitud. Podemos cobra una tarifa razonable, basada en el costo.
- Usted puede enviar su solicitud por escrito en cualquier clínica o escribiendo a:
  SLO County Medical Records
  2178 Johnson Ave
  San Luis Obispo, CA 93401
- Si tiene preguntas sobre el proceso llame al 805-781-4724

Pidanos que corrijamos su registro medico

- Usted puede pedirnos que corrijamos su informacion medica que usted piense que esta incorrecta o incompleta. Preguntenos como hacer esto. Podra ser que digamos que "no" a su peticion, pero le dejaremos saber la razon dentro de 60 dias.

Solicite communicacion confidencial

- Usted puede pedirnos que lo contactemos en una manera especifica (por ejemplo, por telefono de casa o oficina) o mandarle correspondencia a una direccion diferente. Diremos que "si" a todas las peticiones rasonables.

Pidanos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no utilizemos o compartamos cierta informacion medica para tratamiento, facturas, o nuestras operaciones. No somos requeridos a estar de acuerdo con su peticion, y podriamos decir que "no" si afectaria su cuidado.
- Si usted paga algun servicio de cuidado medico en completo de su bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos informacion, informacion para el proposito de facturas o nuestras operaciones con su seguro medico. Diremos que "si" siempre y cuando la ley no nos requiera compartir esa informacion.

Obtenga una lista de aquellos con quien hemos compartido informacion

- Puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su informacion medica en los ultimos seis años de la fecha de su peticion, con quien hemos compartido esta informacion y porque.
- Incluiremos todas las revelaciones except auqellas relacionadas con tratamiento, facturas y operaciones de cuidado de salud, y ciertas otras revelaciones (tal como cualquiera que nos haga pedido). Proveremos una revelacion a el año gratuitamente, pero cobraremos una cuota reasonable si require otra durante los proximos 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, aun si ha solicitado un aviso electronicamente. Le proporcionaremos una copia en papel rapidamente.

Elija a alguien que actue de parte suya

- Si le ha otorgado poder medico a alguien o si alguen es su guardian legal, esa personal puede ejercer sus derechos legales y tomar decisions sobre su informacion medica. Nos aseguraremos que esa persona tenga autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier accion.

Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados

Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros de las siguientes maneras:

- Puede llamarnos a la línea gratuita y confidencial al: **(855) 326-9623**
- O puede comunicarse con nosotros por correo electrónico al: privacy@co.slo.ca.us
- O mande una carta a: Privacy Officer
  San Luis Obispo County Health Agency
  2180 Johnson Avenue
  San Luis Obispo, CA 93401
- Comuníquese con el Departamento de salud y servicios humanos a:
  Office of Civil Rights
  90 7th Street, Suite 4-100
  San Francisco, CA 94103
- O presente una queja en la red social: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/
- O llame la línea gratuita a: Teléfono: (800) 368-1019
  Teléfono para sordo/mudos: (800) 537-7697

No sera castigado o penalizado por hacer preguntas o presenter una queja.

Sus Decisiones

Para cierta informacion medica, usted puede hacernos saber sus decisions sobre que podemos compartir. Si usted tiene preferencias claras sobre como compartimos su informacion en las situaciones describidas en seguida, hable con nosotros. Diganos que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

Aviso: Esta seccion menciona varias maneras en la cual proveedores pueden compartir su informacion; sin embargo, varias no aplican a las practicas de la Agencia de Salud de el Condado de San Luis Obispo.

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

- Compartamos informacion con sus familiares, amigos cercanos o otros involucrados con su cuidado

- Compartamos informacion en caso de un desastre.
- Incluya su informacion en un directorio (la Agencia de Salud no utiliza un directorio de pacientes)
  Si no le es posible hacernos saber su preferencia, por ejemplo si esta inconsiente, podriamos compartir su informacion si creemos que es en su mejor interes. Tambien podriamos compartir su informacion cuando sea necesario para reducer un serio y iminente peligro de salud o seguridad.

En estos casos nunca compartimos su informacion al menos que usted nos de permiso por escrito:

- Propósitos de comercialización (la Agencia de Salud no utiliza su informacion para mercadeo)
- Venta de su informacion (la Agencia de Salud no vende su informacion)
- La mayoria de notas psicoterapeuticas

En caso de recaudacion de fondos

La Agencia de Salud no lo contactará para ningún esfuerzo de recaudación de fondos.

Nuestros Usos y Revelaciones

Tipicamente usamos y compartimos su informacion medica de las siguientes maneras.

Tratar lo

- Podemos utilizar y compartir su informacion medica con otros profesionales que lo estan tratando. (Existen exceptions para el tratamiento del uso de sustancias – ver máas abajo)
  - *Ejemplo:* Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizer servicios adicionales.

Operar nuestra organizacion

- Podemos utilizar y compartir su informacion medica para operar nuestra organizacion y mejorar su cuidado, y contactarlo cuando sea necesario.
  - *Ejemplo: Usamos informacion medica de usted para manejar su tratamiento y servicios.*

Facturar sus servicios

- Podemos utilzar y compartir su informacion medica para facturar y obtener pagos de planes de salud y otras entidades.
  - Ejemplo: Damos informacion acerca de usted a su plan de seguro para que pague por sus servicios.

De que otra manera mas podriamos utiliar o compartir su informacion de salud?

Se nos permite o require que compartamos su información de otras maneras, usualmente en formas que contribuyen al bien público, tal como salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de compartir su informacion para estos propócitos.

Para mas informacion vea aqui: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.**

(Nota – Este Aviso describirá por separado las maneras en que el Condado puede usar o divulgar los resultados de VIH/ SIDA y registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias conforme a 42 CFR Parte 2)

Intercambio de Informacion de Salud (IIS) (iniciales en Ingles HIE):

El Condado de San Luis Obispo participa en un HIE. A través de este sistema, podemos divulgar su información médica con el fin de coordinar su atención entre proveedores de atención médica y otros fines permitidos por la ley. El intercambio de su información de salud se puede hacer electrónicamente a través del HIE y puede proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores de atención médica y los funcionarios de salud pública a tomar decisiones informadas. Usted deberá darse de baja del

sistema HIE si NO desea que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo comparta su información a través del HIE; de lo contrario, su información se incluirá automáticamente con algunas excepciones. La información sobre salud mental, trastorno de uso de sustancias, VIH y ETS NO se incluirá en el HIE.

Si en algún momento desea optar por no recibir el HIE o volver a optar por el HIE, puede hacerlo en línea en:**http://www.ocprhio.org/Patients/optout/**.

Ayuda con salud pública y cuestiones de seguridad.

Podemos compartir su información de salud sobre usted para situaciones tales como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la revocacion de productos
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar de presuntos abusos, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una grave amenaza para la salud o seguridad

Conducir investigacion

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigacion de la salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos informacion sobre usted si la ley estatal o federal lo require, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quieren asegurarse que estemos cumpliendo con leyes de privacidad federales.

Responder a solicitud de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de su salud sobre usted con organizaciones de adquisición de órganos

Tabajar con un examinador médico o director de funeral

- Podemos compartir informació de su salud con un forense, examinador médico o director de funeral si un individuo muere.

Dirigirnos a la indemnización de los trabajadores, enforzamiento de leyes y otras solicitudes guvernamentales

Podemos utilizar o compartir información de salud sobre usted:

- Reclamos de compesanción de trabajadores
- Propositos de enforzamiento de leyes y funcionarios
- Con agencias de supervision de salud para actividades autorizadas por la ley
- Funciones especiales guvernamentales tal como militar, seguridad nacional y servicios protectivos presidenciales

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su informacion de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa de la corte o en respuesta a una citación.

Para programas de clients en tratamiento de trastornos por uso de sustancias (Aviso 42CFR 2.22):

La ley y los reglamentos federales protegen la confidencialidad de expedientes del paciente de trastorno de uso de substancias. Generalmente, el programa puede no decir que usted asiste al programa o divulga cualquier información que le identifique que teniendo un desorden del uso de la sustancia.

La ley federal nos permite compartir su información de desorden de uso de sustancias por las siguientes razones:

- Si usted (o su representante autorizado) consiente por escrito.
- La divulgación está permitida por una orden judicial.
- La divulgación se hace al personal médico en una emergencia médica.
- La divulgación se hace al personal calificado para la investigación, auditoría o evaluación del programa.
- La divulgación se hace en virtud de un acuerdo con una organización de servicio calificada.
- Si usted comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal.
- Si necesitamos reportar sopecha de abuso infantil o cualquier otro informe que sea requerido por la ley.

Usted puede obtener más información al ver la ley federal 42CFR parte 2. La violación de estas leyes es un delito y las presuntas violaciones pueden ser reportadas a las siguientes agencias:

SAMHSA - 5600 Fishers Lane, Rockville, MD. 20857 or www.samhsa.gov/about-us/contact-us

U.S Attorney, Central District – 312 N. Spring St, #1200, Los Angeles, CA. 90012 or www.justice.gov/usao-cdca/contact

Usos y divulgaciones de información sobre el VIH/SIDA:

En general, se requiere autorización por escrito (por el cliente o representante autorizado) para divulgar los resultados de las pruebas de VIH/ SIDA. Se aplican las siguientes excepciones:

- Las divulgaciones realizadas a su proveedor de atención médica para fines de diagnóstico, tratamiento o cuidado.
- Requisitos de información estatal para propósitos de Salud Pública.
- Pago: para facturar el costo de la atención médica (por ejemplo, para facturar a Medí-Cal o Medicare).
- Operaciones de atención medica: podemos usar o divulgar su información médica para apoyar nuestras operaciones comerciales (por ejemplo, para evaluar el desempeño de nuestro personal o revisar la calidad del tratamiento o servicios que se le brindan).
- Otras divulgaciones que puedan ser requeridas bajo la ley.

Violacion de la ley federal y las regualaciones por un programa es un crimen.

Las presuntas violaciones pueden ser reportadas a las autoridades apropiadas de acuerdo con las regulaciones federales. La ley y las regulaciones federales no protegen ninguna información sobre un crimen cometido por un paciente ya sea en el programa o contra cualquier persona que trabaja para el programa o sobre cualquier amenaza para cometer tal crimen. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso infantil o negligencia de ser reportadas bajo la ley estatal a las autoridades estatales o autoridades locales.

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber con prontitud si ha ocurrido que puede haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las practicas de privacidad describidas en este aviso y darle una copia a usted.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que la que ha sido describida aqui al menos que usted nos lo pida por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinion en cualquier tiempo. Dejenos saber por escrito si ha cambiado de opinion.

Para mas informacion sobre nuestras responsabilidades de este aviso entre aqui:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Este aviso aplica a los siguientes servicios entre la Agencia de Salud de el Condado de San Luis Obispo:

- **Servicios de Salud Mental**
  Para mas informacion, entre aqui: www.slocounty.ca.gov/health/mentalhealthservices
- **Servicios de Alcohol y Drogas**
  Para mas informacion, entre aqui: www.slocounty.ca.gov/health/DAS_Home
- **Servicos de Salud Publica**
  Para mas informacion, entre aqui: www.slocounty.ca.gov/health/publichealth
  Usted puede preguntar acerca de los progamas de la agencia de salud y ubicasiones de clínicas llamando a: (805) 781-5500
  Informacion de salud sobre servicios que uste haya podido haber recibido de nuestros programas de Salud Mental o de Alcohol y Drogas son archivados electronicamente en un systema de archivo que es compartido entre los dos programas. Miembros del personal de estos dos programas son permitidos acceso limitado a su informacion médica y solo la cantidad necesaria minima para proveerle tratamiento, recivir pagos por servicios y para manejar las operaciones de nuestra oraganizacion.

Cambios a las condiciones de este Aviso

- Podemos cambiar las condiciones de este aviso, y los cambios aplicaran a toda la informacion que tengamos sobre usted. El nuevo aviso sera disponible cuando lo pida, en nuestra oficina y en nuestra pagina de internet.

Para preguntas sobre este aviso or para obtener mas informacion:

- Contacte al Administrador del Programa de Cumplimiento de la Agencia de Salud del Condado de SLO al: 805-781-4788
- O mande un correo electrónico a: privacy@co.slo.ca.us
- O mande una carta a:
  Gerente del Programa de Cumplimiento de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo:
  San Luis Obispo County Health Agency
  2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401

La Discriminación Está En Contra De La Ley

San Luis Obispo County cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Condado no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SLO County:

A. Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como intérpretes capacitados de lenguaje de señas;
B. Información escrita en otros formatos;
C. Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua primaria no es el inglés, como intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con la Agencia de Salud al (800) 838-1381.
Si considera que el Condado no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

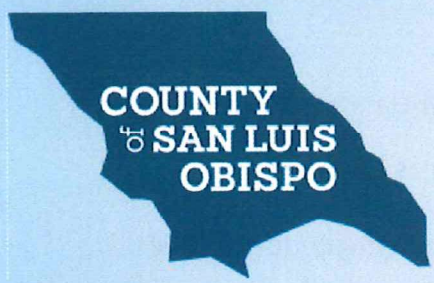
Patient Rights Advocate;
2180 Johnson Avenue, San Luis Obispo, CA. 93401
(805) 781-4738, mailto:BH.PatientRightsAdvocate@co.slo.ca.us

Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 838-1381
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 838-1381
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 838-1381
한국어 (Korean)	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 838-1381
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 838-1381
Հայերեն (Armenian)	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (800) 838-1381
فارسی (Farsi)	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما (800) 838-1381
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 838-1381
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(800)838-1381
العربية (Arabic)	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان (800) 838-1381- رقم. اتصل برقم
ខ្មែរ (Cambodian)	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (800) 838-1381 ។
Hmoob (Hmong)	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 838-1381
ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 838-1381
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800)838-1381
ภาษาไทย (Thai)	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 838-1381
ພາສາລາວ (Lao)	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ (800) 838-1381

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Patient Rights Advocate está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Humanos, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono al: Department of

Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201; 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Manual del Cliente: Información General del Programa, Recursos de Salud, Y Respuestas a Preguntas Frecuentes



COUNTY OF SAN LUIS OBISPO BEHAVIORAL HEALTH

Drug & Alcohol Services

La Discriminación es Contra la Ley

El Condado de San Luis Obispo cumple con todas las leyes Federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Condado no excluye a las personas o las trata diferentemente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Condado de San Luis Obispo:

- Provee ayuda gratis y servicios a personas con discapacidad para comunicarse efectivamente con el Condado, como intérpretes calificados de lenguaje de signos;
- Información escrita en otros formatos;
- Provee servicios de idioma gratis a las personas cuyo primer idioma no es inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios Póngase en contacto con la Agencia de Salud al

1 (800) 838-1381 (llamada gratuita).

Si usted cree que el Condado ha fallado en proveerle estos servicios o le ha discriminado de otra manera sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Patients' Rights Advocate
2180 Johnson Avenue
San Luis Obispo, CA 93401
(805) 781-4738
BH.PatientRightsAdvocate@co.slo.ca.us

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, Patient Rights Advocate (contacto arriba) está disponible para ayudarle. También puede presentar una Queja de los Derechos Civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina para los Derechos Civiles, electrónicamente a través de la Oficina de Derechos Civiles Denuncia Portal, disponible en:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue
SW Room 509F
HHH Building
Washington, D.C. 20201
1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD)

Formularios están disponibles en:

https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

Español (Spanish)	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 838-1381
繁體中文 (Chinese)	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (800) 838-1381
Tiếng Việt (Vietnamese)	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (800) 838-1381
한국어 **(Korean)**	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 838-1381
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (800) 838-1381
Հայերեն (Armenian)	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (800) 838-1381
فارسی **(Farsi)**	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما (800) 838-1381
Русский (Russian)	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 838-1381
日本語 (Japanese)	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 (800) 838-1381
العربية **(Arabic)**	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (800) 838-1381 (رقم)
ខ្មែរ (Cambodian)	ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ (800) 838-1381 ។
Hmoob (Hmong)	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau (800) 838-1381
ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-838-1381
हिंदी (Hindi)	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 838-1381
ภาษาไทย **(Thai)**	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 838-1381

Tabla de Contenidos

Tabla de Contenidos 4
Mi Plan de Inscripción Individualizado 5
Información General 6
Números de Teléfono 7
Preguntas Frecuentes 8
Pago por Servicios 13
Recursos Comunitarios 16
Información y Recursos de Salud 18
Pruebas de Drogas 23
Información Del Programa DE Corte Prop. 36 29
Información del Programa Pre-Juicio Diferido (Antes DEJ) 31
Servicios de Apoyo de Recuperación 34
Transporte 34
Código de Conducta de Personal 35

Mi Plan de Inscripción Individualizado

Nombre del especialista/clínico primario:	
Número de teléfono de especialista principal:	

Línea de teléfono de prueba de drogas:	
Grupo Asignado de pruebas de drogas:	
Fecha de inicio de prueba de drogas:	
Grover Beach DAS 1523 Longbranch Ave. Horas de prueba: 3 PM - 6 PM	San Luis Obispo DAS 2180 Johnson Ave. Horas de prueba: 3 PM - 6 PM
Atascadero DAS 3556 El Camino Real Horas de prueba: 3 PM - 6 PM	Paso Robles DAS 1763 Ramada Drive Horas de prueba: 3 PM – 6 PM

Próxima cita Fecha / Hora :	
Con quien:	
Propósito:	

Próxima cita Fecha / Hora :	
Con quien:	
Propósito:	

Información General

¡Bienvenido a los Servicios de Droga y Alcohol del Condado de San Luis Obispo! Este Manual del Cliente le orientará a los Servicios de Drogas y Alcohol.

Nuestro objetivo principal es promover opciones seguras, saludables, responsables e informadas sobre alcohol y otras drogas a través de programas que responden a las necesidades de la comunidad. Ofrecemos una variedad de servicios y programas para ayudar a personas con problemas de drogas y alcohol. Los servicios incluyen Clínicas Públicas de Clínica Abierta, Tratamiento Ambulatorio, programas requeridos por la Corte y Prevención de Abuso de Sustancias. Esperamos proporcionar un programa que se adapte a sus necesidades únicas y específicas.

Servicios de Droga y Alcohol de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo, es el único Proveedor Certificado por Medi-Cal para Tratamiento Ambulatorio en el Condado, junto con Proveedores Certificados por Medi-Cal y Contratados por el Condado. Clientes con Medi-Cal tienen un derecho a tratamiento, si es médicamente necesario, cuando se le diagnostique con al menos un trastorno de uso de sustancias.

Todos los programas en Servicios de Drogas y Alcohol son confidenciales. Confidencialidad significa que la información que comparte es protegida por la ley y sólo será compartida a quien usted ha solicitado. Es absolutamente imperativo y

una necesidad legal que todos los nombres de clientes e información se mantengan privados.

Números de Teléfono

Emergencia y Después de Horas	911
Servicios de Salud Mental del Condado de San Luis Obispo (Línea de Acceso, Crisis y Servicios de Emergencias de Evaluación Psiquiátrica)	(800) 838-1381 24 horas al día 7 días a la semana
Línea Directa SLO (Apoyo Salud Mental, Crisis y Prevención de Suicidio, Información de Recursos de Salud Mental)	(800) 783-0607 24 horas al día 7 días a la semana
Unidad de Estabilización de Crisis - TBA	TBA
Hospital Dignity Health French, Centro Medico 1911 Johnson Ave, San Luis Obispo	(805) 543-5353
Sierra Vista Regional Medical Center 1010 Murray Ave, San Luis Obispo	(805) 546-7600
Hospital Comunitario Dignity Health Arroyo Grande 345 S. Halcyon Rd, Arroyo Grande	(805) 860-8396
Hospital Comunitario Twin Cities 1100 Las Tablas Rd, Templeton	(805) 434-3500
Defensor de los Derechos del Paciente	(805) 781-4738

Preguntas Frecuentes

¿QUÉ PASA SI NO ESTOY LISTO PARA INICIAR TRATAMIENTO? ¿QUÉ PASA SI MI FAMILIAR NO ESTÁ LISTO?

Muchas personas vienen para una Evaluación y no están preparados para el Tratamiento. A veces, eligen estar en tratamiento debido a consecuencias legales (teniendo un mandato por Probación o por el programa de Servicios de Bienestar del Hijo-CWS). A veces, deciden no participar en los servicios. Servicios de Drogas y Alcohol no obliga a nadie a participar en los servicios.

Nuestra filosofía es proveer educación e información para que usted o alguien a quien usted ama, tenga opciones. No queremos que personas que están batallando se sientan solas o aisladas. Muchas personas batallan con adicción. Sabemos que el tratamiento funciona y puede ayudar a las personas vivir una vida más feliz y saludable cuando se sienten listas.

¿QUÉ ASISTENCIA ESTÁ DISPONIBLE PARA LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA?

Servicios de Drogas y Alcohol ofrece oportunidades para miembros de la familia a asistir a Grupos de Educación como parte de su Plan de Tratamiento. El objetivo de Grupos de Educación es de proporcionar a miembros de la familia con la educación sobre drogas y alcohol, trastornos de uso de sustancias y sobre el proceso de recuperación. Tenga en cuenta que los Grupos de Tratamiento Familiares son diferentes a Terapia Familiar. Terapia Familiar se puede recomendar como parte de su Plan de Tratamiento con un médico licenciado, que también está disponible a través de servicios de Drogas y Alcohol.

¿CUÁNTO TIEMPO DURARÁ EL TRATAMIENTO?

Ninguna persona es igual, y la progresión a través de tratamiento varía mucho dependiendo de muchos factores. En algunos casos, un curso de Tratamiento podría ser una cuestión de uno a seis sesiones individuales. En otros casos, el Tratamiento puede durar 18 meses. En el momento de su evaluación, se le proporcionará una estimación de su curso de tratamiento. Vamos a ofrecer un nuevo Plan de Tratamiento cada noventa (90) días, como mínimo, para identificar su progreso y hablar con usted sobre el tiempo de su tratamiento.

NECESITO VIVIR EN UN AMBIENTE QUE APOYE MI RECUPERACIÓN. ¿SERVICIOS DE DROGAS Y ALCOHOL ME PUEDEN AYUDAR CON ESO?

Servicios de Droga y Alcohol ofrece colocación de Tratamiento Residencial y Recuperación en Residencia para adultos en Niveles de Atención más altos. Si se evalúa como necesidad un ambiente altamente estructurado y sobrio, se le referirá a él. Residencias de Recuperación Género-específicas, crean un ambiente estructurado y enriquecedor que fomentan un lugar seguro para vivir y enfatizan trabajando como equipo en los principios de recuperación. Tratamiento residencial incluye servicios de tratamiento en su sitio.

Cada Residencia de Recuperación es operada independientemente y contratada por San Luis Obispo con una cuota determinada, que varía desde $22 por día a $35 por día. Auto-pago está disponible, así como, en casos limitados, financiación a través de fuentes específicas con la ayuda de otros organismos y ayudas. Recuperación residencias están espaciados a través del Condado del océano a Paso Robles.

Póngase en contacto con su especialista o director de caso para analizar la disponibilidad de colocación.

¿QUÉ PASA SI TENGO UNA RECAÍDA?

Si está en riesgo de recaer porque tiene un fuerte deseo de usar drogas o alcohol, le recomendamos que utilice su plan de recaída de prevención que se ha desarrollado durante el tratamiento. Póngase en contacto con las personas en su vida que son de apoyo a usted y con su médico/especialista tan pronto como sea posible. Si es después de horas de trabajo o en fin de semana, llame al número de teléfono gratuito de Crisis de Salud Mental del Condado al: 1 (800) 838-1381.

¡Su especialista puede ayudar! Simplemente definida, la recaída es el retorno a una situación anterior sobre uso de Drogas o Alcohol. Independientemente de cuánto tiempo una persona se ha mantenido sobria, el volver al abuso de sustancias es una recaída. ¡Pero esto no significa que una persona comienza de nuevo! Es importante recordar que uno aprende de la experiencia la cual puede ser útil durante el siguiente intento al tratamiento y así evitar recaídas futuras.

Si tiene una recaída durante el tratamiento, es importante que se comunique con su médico/especialista de inmediato. Su especialista puede proporcionar asistencia durante una sesión individual para ayudar a comprender las circunstancias que llevaron a la recaída. Esto se llama un Análisis de Recaída. De acuerdo con sus necesidades individualizadas, podemos discutir un acuerdo de intervención conductual – un contrato que le pide completar acciones específicas para ayudarle a cumplir con su Plan de Tratamiento y proporcionar el cuidado más seguro posible.

También le podemos ayudar con otros pasos que sean necesarios de su parte si acaso hay otras agencias involucradas en su tratamiento, como Probación, Libertad Condicional (Parole), o Servicios del Bienestar Infantil (CWS). Ser honesto sobre la recaída es la mejor estrategia para que las diferentes personas involucradas en su cuidado, le puedan apoyar adecuadamente.

¿BAJO DE QUÉ CIRCUMSTANCIAS ME PODRÍAN PEDIR QUE ME SALGA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO?

Servicios de drogas y Alcohol es una zona libre de drogas, libre de alcohol, libre de armas, libre de pandillas y libre de tabaco. Esto es para la salud, bienestar y seguridad de todos los clientes y personal. Aquí hay algunas reglas importantes para tener en cuenta:

- Todas las clínicas de Servicios de Drogas y Alcohol son ambientes libres de alcohol y drogas.
- Para mantener su seguridad y la seguridad de los demás, un empleado de servicios de drogas y alcohol le pedirá irse de su cita de tratamiento si llega bajo la influencia. Se le pedirá que arregle (o le podemos ayudar con el arreglo) un viaje seguro a casa antes de salir de las instalaciones.
- Todas nuestras clínicas de Salud Conductual, incluyendo Servicios de Drogas y Alcohol, tienen una Póliza de No Armas. Esto incluye cuchillos, pistolas y otras armas. Excepciones incluyen oficiales de policía o guardias de seguridad en la línea del deber en el sitio del programa.
- Es la expectativa que usted use ropa apropiada. No se permitirá ninguna ropa que muestre anuncios de alcohol, drogas o referencias a pandillas. Si llega a vestirse inapropiadamente, necesitara hablar con su especialista/médico o

administrador de caso para ver si puede permanecer en la sesión de tratamiento.

- La Confidencialidad en los Grupos de Tratamiento es muy importante durante su tratamiento en Servicios de Droga y Alcohol. La Confidencialidad en el Grupo ayuda a que todos los clientes sientan que su grupo de tratamiento es un lugar seguro para compartir sus pensamientos y experiencias. Por lo tanto, ninguna grabación está permitida, ni tampoco hablar de lo que se comparte en el grupo fuera de la sesión de grupo.

Aquí hay algunas situaciones que podrían resultar en la terminación del tratamiento:

- Posesión de drogas/alcohol/medicamentos ilegales en las clínicas.
- Cualquier forma de violencia, amenazas de violencia, destrucción de la propiedad o violando la ley en las clínicas.
- La posesión de cualquier tipo de arma.
- Lenguaje Verbal abusivo.
- Robo de cualquier propiedad del programa o de otro cliente.
- No adherirse a las reglas del programa.
- Hacer trampa en las pruebas de droga.

¿QUÉ PASA SI TENGO UNA TARJETA DE MARIGUANA MÉDICA 215?

Tarjetas medicinales (215) de cannabis no son honradas en Servicios de Drogas y Alcohol. El objetivo del tratamiento libre de drogas ambulatorio es la abstinencia,

incluyendo la abstinencia de mariguana y alcohol. Por favor hable con su Especialista/Clínico y con su Médico de Cabecera sobre medicamentos alternativos.

Pago por Servicios

MEDI-CAL

Cobertura de Medi-Cal para Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de San Luis Obispo, es un plan de atención administrado y aprobado a través del Sistema Organizado de Entrega (ODS) de los Servicios del Departamento de Cuidado de Salud. Todos los servicios médicamente necesarios de trastorno de uso de substancias, están cubiertos en su totalidad siempre y cuando se mantenga la elegibilidad mensual de Medi-Cal y su Medi-Cal sea a través del Condado de San Luis Obispo. No habrá cargos para usted.

MEDI-CAL DE OTRO CONDADO

Los servicios de tratamiento no serán pagados por Medi-Cal en nuestras clínicas. Sus opciones son:

1) Volver al condado donde se encuentra su Medi-Cal para recibir el tratamiento de trastorno de uso de sustancia allá, solicitando una transferencia a su Condado.
2) Transferir su Medi-Cal para el Condado de San Luis Obispo si es donde se encuentra actualmente su residencia. Si usted necesita ayuda, pida hablar con un Administrador de Casos. También puede llamar al Departamento de Servicios Sociales en el condado donde está su Medi-Cal para solicitar la transferencia de su Medi-Cal a San Luis Obispo.

Otros Seguros de Salud

Medicare

Medicare no es aceptado en nuestras instalaciones. Sin embargo, usted puede ser elegible para Medicare y Medi-Cal al mismo tiempo. Solicite hablar con un Administrador de Casos que le pueda ayudar. Podemos proveer referencias a otros proveedores de Medicare de la comunidad o puede optar por pagar los servicios (véase abajo) en una escala de tarifa.

Seguro Privado

Servicios de Droga y Alcohol no acepta ni cobra a seguros privados. Podemos proveer referencias de otros proveedores de la comunidad, o puede optar por pagar los servicios en una escala de pago (ver abajo).

Pagar Por Su Propia Cuenta

Costos del programa se basan en el costo actual para proveer el servicio. Usted será responsable de un porcentaje del costo de los servicios del programa que reciba. Este porcentaje se basa en su ingreso mensual familiar en bruto y número de personas, incluyendo usted, que viven de los ingresos. Si tiene bajos ingresos, un Administrador de Casos puede ayudarle a obtener elegibilidad de Medi-Cal según le corresponda.

Cuotas Del Programa

Las cuotas y pagos se deben cada 30 días según lo acordado, pero pueden ser pagados por adelantado. Se emitirán reembolsos para los servicios pagados por adelantado y no proporcionados por el programa. Todas las cuotas deben pagarse

antes de entregar cualquier Aviso de Completamiento o verificación de participación exitosa. Los padres son responsables de los pagos de clientes adolescentes. Se aceptan pagos en efectivo, cheques y tarjeta de crédito.

Servicio	Cuota
Ambulatorio	$48.99/incrementos de 15minutos
Ambulatorio Intensivo	$36.97/incrementos de 15minutos
Servicios de Recuperación	$48.06/incrementos de 15minutos
Mantenimiento del Caso	$38.26/incrementos de 15minutos
Mantenimiento de Abstinencia (ambulatorio)	$155.47/por día
Tratamiento Asistido por Medicamento	$58.82/incrementos de 15minutos

Fallar a Pagar

Si usted no cumple todas las obligaciones financieras, su cuenta se entregará a la Unidad de Colección del Condado para reforzar la colección de la deuda. Estando en colección, puede causar que la cantidad de deuda aumente debido a los gastos necesarios para satisfacer la deuda. La deuda se puede colectar "como cualquier juicio del dinero" como se define en la ley de California, y pueden utilizarse cualquier y todos los medios legales para extinguir la deuda.

Otras Cuotas Asesoradas:

- Se aplicará una tarifa de procesamiento de $41 por cheques sin fondos.
- Se aplicará una tarifa por ausencias de cada sesión.

Recursos Comunitarios

Recursos Comunitarios

Para su conveniencia, consulte los recursos frecuentemente solicitados a continuación. Una lista más grande de recursos está disponible en todas las clínicas de Servicios de Drogas y Alcohol. Por favor solicite esta información en la recepción o a su médico/especialista.

211 información del condado de SLO 2-1-1

- www.211.org

Red de Soporte de Accesso.....(805) 781-3660

- www.asn.org

Centros de Salud Comunitarios de la Costa Central.....(805) 929-3211

- www.communityhealthcetners.org

Banco de alimentos de San Luis Obispo.....(805) 238-4664

- www.slofoodbank.org

Refugio de Maxine Lewis Memorial.....(805) 781-3993

- www.capslo.org

Naloxona: antídoto contra la sobredosis

Naloxona (Narcan) es un medicamento seguro y eficaz que puede salvar una vida al detener una sobredosis de opiáceos. Es un opiáceo antagonista que se une más firmemente a los receptores opioides que los opiáceos (heroína y oxicodona), así que

golpea los opiáceos de los receptores. Esto reversa la sobredosis y permite que la persona a respire de nuevo. La naloxona puede administrarse con seguridad por laicos mediante inyección o aerosol nasal prácticamente sin efectos secundarios. Naloxona no es una sustancia controlada, no es adictiva y no tiene ningún potencial para ser abusada.

Pregunte a su médico cómo obtener naloxona. La naloxona es gratuita con Medi-Cal.

La naloxona también está disponible en los siguientes lugares:

- Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de San Luis Obispo, ofrece naloxona y sesiones educativas. Para obtener más información, llame al (805) 781-4756.
- Intercambio de jeringuillas de SLO Bangers ofrece naloxona gratis a su llegada. Para obtener más información, llame al (805) 458-0123.
    - 2191 Johnson Ave, San Luis Obispo
    - Abierto los miércoles entre 5:30-7:30pm
- La naloxona está disponible con receta médica en cualquier Rite Aid o Farmacia CVS en el Condado de SLO.
- La naloxona está disponible sin receta médica en las siguientes ubicaciones (debe pedir hablar con el farmacéutico):
    - Norte del Condado:
        - Farmacia de CVS: 187 Niblick Road, Paso Robles
        - Farmacia de En Soleil: 5735 El Camino Real, Atascadero
        - Walgreens: 8005 El Camino Real, Atascadero

- Ciudad de San Luis Obispo:
  - Farmacia de CVS: 11990 Los Osos Valley Road, San Luis Obispo (Dentro de Target)
  - Farmacia de CVS: 717 Marsh St, San Luis Obispo
- Sur del Condado:
  - Farmacia CVS: 1435 E Grand Ave, Arroyo Grande
  - Farmacia CVS: 610 W Tefft St, Nipomo
- Costa:
  - Farmacia de Cayucos: 72 So. Ocean Avenue, Cayucos

Información y Recursos de Salud

Riesgo de compartir agujas

Compartir agujas (u otros objetos utilizados para el uso de drogas intravenosas) conlleva el riesgo de contraer el VIH/SIDA y Hepatitis C.

HEPATITIS C, VIH y TB: INFORMACIÓN Y REFERENCIAS

Hepatitis C

Q: ¿Qué es la Hepatitis C?

A: La hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus de la Hepatitis C que se encuentra en la sangre de personas que tienen esta enfermedad. La

hepatitis C es grave para algunas personas, pero no para otros. La mayoría de las personas que contraen Hepatitis C traen el virus por el resto de sus vidas.

Q: ¿Cómo se contraje la Hepatitis C?

A: La hepatitis C se propaga por contacto con sangre de una persona infectada. Ejemplos de esto incluye: compartir equipo de inyección de drogas (incluyendo objetos aparte de la jeringa); haber recibido transfusión de sangre antes de 1992; teniendo múltiples parejas sexuales; y posiblemente compartiendo rastrillos de afeitar, cepillos de dientes, equipo de tatuaje y perforación.

Q: ¿Cómo saber si usted tiene Hepatitis C?

A: Muchas personas con Hepatitis C a largo plazo no tienen síntomas y se sienten bien. Para algunas personas, el síntoma más común es el cansancio extremo. La única manera de saber si ha sido infectado es obteniendo una prueba de sangre que analiza específicamente el virus de la Hepatitis C.

Q: ¿Dónde puedo conseguir la prueba?

A: Red de Soporte de Accesso.....(805) 781-3660

- www.asn.org

The Center .....(805) 544-2478

- www.capslo.or/programs/sec-health-services

The Noor Clinic.....English: (805) 439-1797/Spanish: (805) 226-1799

- www.slonoorfoundation.org

SLO HEP-C Project.....(805) 543-4372

VIH / SIDA

Q: ¿Qué es el SIDA?

A: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es causado por un virus llamado VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). El virus puede destruir la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones. La persona puede entonces enfermarse y no recuperarse de nuevo.

Q: *¿Cómo se contrae el VIH?*

A: Participar en comportamientos de alto riesgo le puede poner en riesgo de contraer el VIH. Comportamientos de alto riesgo incluyen: sexo sin protección: vaginal/anal/oral; compartiendo agujas (incluyendo agujas de tatuaje); tener relaciones sexuales con alguien que hace lo anterior; intercambio de sexo por dinero o drogas; tener una enfermedad transmitida sexualmente. El virus puede pasar de madre a bebé durante el embarazo, parto o lactancia.

Q: ¿Cómo puede saber si tiene VIH?

A: Hay una prueba especial llamada la prueba de anticuerpos de VIH. Si el resultado es "Positivo", muestra que está infectado con el VIH. No le dice si tiene SIDA. Necesita ver a un médico para que averigüe. Si la prueba es "Negativa", significa que usted no está infectado o que no ha pasado suficiente tiempo para demostrar la infección (6 meses).

Q: *¿Dónde me puedo hacer la prueba?*

A: Red de Soporte de Accesso.....(805) 781-3660

- www.asn.org

Departamento de Salud Publico de Morro Bay.....(805) 781-5500

Departamento de Salud Publico de San Luis Obispo.....(805) 781-4878

Departamento de Salud Publico de Paso Robles.....(805) 237-3050

- www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency/Public-Health/Clinic-Locations

Tuberculosis

Q: ¿Que es TB?

A: "TB" es corto para una enfermedad llamada Tuberculosis. El germen de la TB se transmite de persona a persona a través del aire. Si alguien tose, estornuda, se ríe o grita los gérmenes se ponen en el aire y personas cercanas pueden respirar los gérmenes de la TB en sus pulmones. Una persona puede infectarse por el germen de la TB si respira aire contaminado.

Q: ¿Quién se infecta con TB?

A: Cualquiera puede contraer la TB, pero drogadictos y personas que tienen SIDA corren un mayor riesgo. Vivir en un ambiente con muchas personas o ser transitorio sin hogar también aumenta las posibilidades de ser expuesto o infectado por el germen de la TB.

Q: *¿Cómo sabes si tienes TB?*

A: Una prueba en la piel es la única manera de ver si ha estado expuesto a la Tuberculosis. Una radiografía de pecho puede decir si tiene la infección o si hay daño a los pulmones por Tuberculosis. La enfermedad puede causar síntomas como debilidad, pérdida de peso y apetito, fiebre alta o sudar mucho por la noche. Si usted alguna vez ha tenido cualquiera de estos síntomas por favor, dígale a su médico.

Q: *¿Dónde puedo conseguir la prueba?*

A: Departamento de Salud San Luis Obispo.....(805) 781-4878

Departamento de Salud Grover Beach .....(805) 473-7050

Departamento de Salud Paso Robles .....(805) 237-3050

- www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency/Public-Health/Clinic-Locations

EMBARAZO: LOS EFECTOS DEL USO DE DROGAS Y ALCOHOL

Una mujer que usa drogas y/o alcohol durante el embarazo puede dañar al bebé en desarrollo. Los productos químicos de fumar, beber y usar drogas durante el embarazo se pasan al feto. Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal describe los problemas mentales o físicos que pueden afectar a un niño que está expuesto al alcohol en el útero. Consumo excesivo de alcohol durante el embarazo también puede conducir a parto de feto muerto, aborto espontáneo o parto prematuro. Uso de drogas ilícitas durante el embarazo puede causar defectos de nacimiento,

problemas de conducta, así como partos de feto muerto, bebés prematuros y con bajo peso. (Información fue obtenida de WebMD).

Es importante buscar el cuidado prenatal cuando usted se entera que usted está embarazada, y asistir a todas sus citas médicas durante su embarazo. Por favor visite www.cencalhealth.org para una lista de proveedores que aceptan Medi-Cal para servicios médicos de embarazo.

Pruebas de Drogas

Todo programa de calidad de tratamiento de uso de sustancias, emplean algún tipo de prueba como parte de un protocolo de atención ambulatoria. La razón de la prueba es ayudar en la recuperación dándole responsabilidad personal a un cliente. Si por alguna razón hay una recaída, sabemos que es mejor tratarlo cuanto antes para aprender de la recaída y hacer los ajustes necesarios. Al requerir pruebas, el cliente sabe que no tiene ningún sentido tratar de ocultar lo que ha sucedido y fomenta la honestidad. Además, puede ser una motivación para una persona ver los resultados de su éxito como lo demuestran resultados de prueba negativos consistentes. Algunos clientes nos han dicho que el saber que se les probará al azar ha hecho la diferencia cuando estaba contemplando una recaída.

CÓMO COMPLETAR LAS PRUEBAS DE DROGAS

- Teléfono para Pruebas de Droga: 1-805-703-5924
- Siga las pagina con instrucciones que se le entrego durante admisión para detalles completos, incluyendo su número de identificación de cliente.

- Deberá llamar al número de teléfono para pruebas de droga diariamente (lunes a sábado).
- Llame entre las horas de 6 AM a 6 PM.
- Marque el número de identificación de cliente para recibir instrucción de pruebas de droga por hoy (i.e. "Se le requiere hacer la prueba hoy" o "No hay prueba hoy."
- Favor de traer su identificación con foto con usted.
- Confronte los problemas que tenga sobre el programa de pruebas de orina con su Especialista/Clínico asignado de Servicios de Droga y Alcohol.
- Asegúrese de reportar cualquier medicamento recetado a su Especialista/Clínico asignado de Servicios de Droga y Alcohol.
- Fallar en presentarse al examen se considerará como una prueba de droga comprometida.
- Para obtener copias de sus resultados de prueba de droga, favor de hablar con su Especialista/Clínico.

MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS APROBADOS

Algunos medicamentos y suplementos pueden causar resultados de la prueba de drogas positiva. Esta lista de abajo le ayudará a determinar qué medicamentos sin receta no afectan los resultados de la prueba.

¿Qué Está Bien Tomar?

Reemplazos de nicotina son todos bien para tomar (chicle, parche, oral, etc.)

Suplementos Herbales/Naturales			
Hay muchos suplementos herbales en el mercado. Si el suplemento no aparece aquí, consulte con su Especialista/Clínico antes de empezar a usarlo.			
✓ Aloe ✓ Andrographis Equinácea	✓ Ajo ✓ Ginko Biloba ✓ Ginseng	✓ Kava ✓ Saw Palmetto	✓ St. John's Wort ✓ Valerian

Para la Gripe/Alergias			
✓ Benadryl ✓ Chloraseptic ✓ Chlor-Trimeton Tablets ✓ Claritin (NO Claritin D) ✓ Diphenhydramine ✓ Delsym ✓ Dextromethorphan ✓ Fenesin	✓ Genahist ✓ Guaifenesin ✓ Halls Mentho-Lyptus ✓ Humibid Med Quell Squares ✓ Mucinex ✓ Naldecon Senior DX ✓ Naldecon Senior EX	✓ Nasal Saline ✓ Neo-Synephrine Nasal Spray ✓ Organidin ✓ Propylene Glycol/ Polythylene Spray ✓ Rhinaris ✓ Robitussin ✓ Salinex	✓ Spec-T ✓ Sucrets ✓ Tavist (NOT Tavist D) ✓ Triaminic ✓ Uni-Hist ✓ Teldrin Tablets ✓ Zyrtec

Para el Dolor y Dormir			
✓ Acetaminophen	✓ Aspirin	✓ Melatonin	✓ Orudis
✓ Actron	✓ Bufferin	✓ Midol	✓ Pamprin
✓ Advil	✓ Datril	✓ Motrin	✓ Premsyn
✓ Alka-Seltzer	✓ Ecotrin	✓ Naproxen	✓ Sominex
✓ Aleve	✓ Empirin	✓ Naprelan	✓ Tylenol
✓ Anacin	✓ Excedrin	✓ Non-aspirin pain reliever	✓ Valerian Root
✓ Anaprox	✓ Ibuprofen		
✓ Ascriptin	✓ Medipren		

Para Problemas Gastrointestinales			
✓ Alophen Tablets	✓ Docusate/Dulcolax √ Dramamine	✓ Loperamide	✓ Perdiem Granules
✓ Alternagel	✓ Emetrol	✓ Lopex	✓ Peri-Colace
✓ Amphojel	✓ Ex-Lax	✓ Maalox	✓ Prilosec
✓ Benefiber	✓ Fiber-Con	✓ Metamucil	✓ Riopan
✓ Camalox	✓ Fibermed	✓ Milk of Magnesia	✓ Rolaids
✓ Citromag	✓ Fleets Enema	✓ Mitrolan	✓ Senna
✓ Correctol Tablets	✓ Gas-X	✓ Mylanta	✓ Senokot
✓ Colace	✓ Gaviscon	✓ Mylicon	✓ Surfak
✓ Diasorb	✓ Gelusil	✓ Modane	✓ Tagamet
✓ Dialose Plus	✓ Imodium	✓ Neoloid	✓ Tums
✓ Di-Gel	✓ Kaopectate	✓ Pepcid	✓ Zegerid
✓ Donnagel		✓ Pepto-Bismol	
✓ Doxidan			

Para Dolor de Dientes/Herpes Labial/ Tratamiento de Piel Tópico			
✓ Anbesol	✓ Campho-Phenique	✓ Gynezol	✓ Burow's Solution
✓ Amosan	✓ Carmex	✓ Femstat	✓ Poloris Poultice
✓ Aveeno	✓ Cortaid	✓ Herpecin-L	✓ Pramoxine
✓ Balmex	✓ Desitin	✓ Hydrocortisone	✓ Salicylic Acid
✓ Bentoquatam	✓ Domeboro	✓ Ivy block	✓ Sarna Lotion
✓ Benzocaine	✓ Duofilm	✓ Kank-Aid	✓ Tanac
✓ Benzodent	✓ Gly-Oxide	✓ Monistat	✓ Vagistat
✓ Blistex	✓ Gold Bond	✓ Numzident	✓ Zinc Oxide
✓ Boudreaux's Paste	✓ Gyne-Lotrimin	✓ Orajel	
		✓ Orasept	

¿Qué no es está bien tomar?

- Medicamento que no se le ha recetado a usted
- Exceder la dosis recomendada de medicamentos ya sea recetados o de venta libre
- Cualquier droga ilícita
- Alcohol

No Use:

- Comida que contenga semilla de amapola (poppy)
- Cualquier medicamento que contengan alcohol; Tinturas
- Cualquier medicamento/suplemento que contengan Efedrina
- Cualquier suplemento de hierbas o té que contenga Ma Huang o Efedra L.

- Pastillas para adelgazar sin receta
- Cualquier medicamento que contenga pseudoefedrina/efedrina (Sudafed, Afrin)

MEDICAMENTOS RECETADOS

Siga las instrucciones de su médico para cualquier medicamento que se prescriba para usted. Es común el uso de medicamentos psicotrópicos para apoyo a la salud mental, y el uso de estos medicamentos es aceptado en Servicios de Drogas y Alcohol. Por favor traiga una copia de sus medicamentos actuales para mantenerla en su expediente de salud. Todos los medicamentos recetados serán revisados y su Especialista/Clínico coordinará con sus proveedores de servicios médicos (con una autorización para revelar información de su parte), incluyendo personal médico de Servicios de Drogas y Alcohol. Póngase en contacto con su prescriptor de medicamentos si usted está experimentando efectos secundarios con su medicamento e incluyan a su Especialista/Clínico si necesita asistencia.

Algunos medicamentos, como Benzodiazepinas (Xanax, Ativan, Valium) y Opiáceos (Vicodin, Norco) tienen el potencial de mal uso. Si entra usted a servicios con una receta para medicamentos comúnmente mal usados, pueden hacer arreglos especiales con usted antes de iniciar tratamiento. Por ejemplo, se le pedirá asistir a asesoría individual antes de grupos mientras trabaja con su médico para retirar el medicamento poco a poco o cambiar ese medicamento comúnmente abusado y que altera la mente o el estado de ánimo. Antes de tomar cualquier medicamento que altera mentalmente o el estado de ánimo, hable con su Especialista/Clínico primario (excepto en situaciones de emergencia).

Información Del Programa DE Corte Prop. 36

Por favor lea esta sección si ha sido referido a Servicios de Drogas y Alcohol para completar un programa de la Proposición 36 (Prop. 36).

Código Penal 1210 permite a individuos que han cometido ciertos delitos criminales de droga no violentos a ser elegibles a un Programa de Proposición 36. Si la Corte lo ha referido a Servicios de Drogas y Alcohol, lo siguiente es cierto de su Programa Prop. 36:

- Usted está en libertad condicional/Probación formal.
- En su audiencia de sentencia, en lugar de encarcelamiento, se le ofreció la oportunidad de inscribirse en un programa de tratamiento de Trastorno de Uso de Sustancias (SUD) diseñado para facilitar su sobriedad.
- Bajo Prop. 36 usted puede inscribirse en Servicios de Droga y Alcohol del Condado de San Luis Obispo, o con cualquier otro proveedor de tratamiento de SUD aprobado por el Departamento de Servicios de Atención Médica.
- Su ofensa elegible de Prop. 36 y probación serán despedidos al finalizar el programa de tratamiento de SUD.
- Si no es exitoso en completar el programa de tratamiento de SUD, la corte decidirá el resultado de su estado de la justicia criminal.
- Si usted comete tres violaciones del programa ("strikes") mientras esta en el tratamiento de SUD, puede ser excluido de la Programa Prop. 36.

Es importante entender que la Corte, Probación y Servicios de Drogas y Alcohol trabajan en colaboración para facilitar su éxito en el programa. Los siguientes son

los requisitos para completar los servicios de tratamiento en Servicios de Drogas y Alcohol en relación con su programa Prop. 36:

- Inscribirse en un programa de tratamiento de SUD en el nivel de atención asignado adecuado.
- Una vez matriculado, cumplir con los requisitos de tratamiento que incluyen:
    - Asistir a todas las sesiones individuales y de grupo.
    - Cumplimiento de requisitos de pruebas.
    - Presentar pruebas negativas (limpias).
    - Pruebas de drogas diluidas y otros dispositivos de trampas se consideran como una prueba positiva.
    - Reportar y cumplir con los requisitos establecidos por Probación.
    - Participar en el nivel de atención que se le ha prescrito. El nivel de atención se ajusta según sea necesario para satisfacer las necesidades individuales (como tratamiento residencial o tratamiento de desintoxicación).
    - Evite delitos criminales adicionales de drogas o crímenes violentos durante su tratamiento y/o el período de tiempo que usted está en Probación.
    - Notificar a Servicios de Drogas y Alcohol al transfiere a una instalación de tratamiento fuera del Condado, al inscribirse en esa instalación, y entregue confirmación de inscripción a Servicios de Drogas y Alcohol. Una vez que haya completado el programa fuera del Condado, notifique a Servicios de Drogas y Alcohol la fecha de compleción. (Consulte la sección de pago de este manual que le informa sobre la cobertura de Medi-Cal fuera del Condado).

Nota: Un delito puede ser recomendado o impuesto por la Corte, Probación o Servicios de Drogas y Alcohol. La corte revisará y determinará todas las recomendaciones de la violación. Por favor consulte con su abogado o el Defensor del Publico para obtener más información sobre las violaciones.

Información del Programa Pre-Juicio Diferido (Antes DEJ)

Por favor lea esta sección si ha sido referido a Servicios de Drogas y Alcohol para completar un programa Pre-Juicio Diferido (PTD).

Código Penal 1000 permite a individuos que han cometido ciertas ofensas criminales de droga sin violencia, a ser elegibles a un programa PTD. Si la Corte lo ha referido a Servicios de Drogas y Alcohol, lo siguiente es cierto de su Programa PTD:

- Usted fue puesto en probación leve por un período de 18 meses por la Corte.
- Durante su audiencia, en lugar de (1) entrar en una declaración de culpable o una no declaración y (2) encarcelamiento, se le ofreció la oportunidad de inscribirse en un Programa de Tratamiento para Trastorno de Uso de Sustancias diseñado para facilitar la sobriedad.
- Bajo el Pre-Juicio Diferido puede inscribirse en los servicios de tratamiento con los Servicios de Drogas y Alcohol del Condado de San Luis Obispo, o con cualquier otro proveedor de tratamiento de SUD aprobado por el Departamento de Servicios de Atención Médica.

- Lo más pronto que usted puede ser considerado para la compleción de Pre-Juicio Diferido, con cargos y probación potencialmente despedidos, es de 12 meses después que le otorgaron Pre-Juicio Diferido.
- Usted ha renunciado su derecho a un juicio como condición de participar en Pre-Juicio Diferido. Esto significa que, si usted fuera a fallar el programa de tratamiento de trastorno de uso de sustancias, no tendrá derecho a un juicio con jurado cuando regrese a la corte para continuar con el caso criminal y puede ser sentenciado al termino de cárcel original.

Es importante entender que la corte y los Servicios de Drogas y Alcohol trabajan en colaboración para facilitar su éxito en el programa. Para completar Pre-Juicio Diferido, usted debe terminar los siguientes requisitos de tratamiento como se indica por Servicios de Drogas y Alcohol:

- Inscribirse en un programa de tratamiento de SUD en el nivel de atención asignado adecuado.
- Una vez matriculado, cumplir con los requisitos de tratamiento que incluyen:
    - Asistir a todas las sesiones individuales y de grupo.
    - Cumplimiento de requisitos de prueba.
    - Presentar pruebas negativas (limpio).
    - Pruebas de drogas diluidas y otros dispositivos de trampas se consideran como una prueba positiva.
    - Pagar todos los honorarios y cargos financieros en su totalidad o proporcionar cobertura de Medi-Cal en el Condado de San Luis Obispo.

- Participar en el nivel de atención que se le prescriba. Nivel de atención se ajusta según sea necesario para satisfacer las necesidades individualizadas (como tratamiento residencial o tratamiento de desintoxicación).
- Evite delitos criminales adicionales de drogas o crímenes violentos durante su tratamiento y durante el período de despido temprano de doce meses. Delitos criminales adicionales pueden invalidar su elegibilidad para el PTD.
- Notificar a Servicios de Drogas y Alcohol al transfiere a una instalación de tratamiento fuera del Condado, al inscribirse en esa instalación, y entregue confirmación de inscripción a Servicios de Drogas y Alcohol. Una vez que haya completado el programa fuera del Condado, notifique a Servicios de Drogas y Alcohol la fecha de compleción. (Consulte la sección de pago de este manual que le informa sobre la cobertura de Medi-Cal fuera del Condado).

NOTA: Si alguno de los requisitos de tratamiento anterior no se sigue, se puede recomendar una violación por falta de cumplimiento por la Corte o Servicios de Drogas y Alcohol. La corte revisará y tomará una determinación final con respecto a las violaciones y/o la revocación de las recomendaciones. Por favor consultar con su abogado y/o defensor público para más información sobre las violaciones.

Servicios de Apoyo de Recuperación

Servicios de apoyo de recuperación son importantes para su recuperación a largo plazo y su bienestar. En cuanto el cliente completa el tratamiento, se le conecta con Servicios de Apoyo de Recuperación para construir conexiones entre la comunidad de recuperación y para desarrollar estrategias de autocuidado para prevenir recaída. Clientes pueden acceder a servicios de apoyo de recuperación necesarios después de su curso de tratamiento. Servicios de apoyo de recuperación están disponibles para clientes si ellos han recaído, han sido tentados, o como medida preventiva para prevenir la recaída. Es fácil y voluntario regresar a servicios para mantener la sobriedad y la recuperación.

Servicios de apoyo de recuperación postratamiento incluyen la disponibilidad de consejería de grupo, consejería individual, manejo de casos y servicios de compañero a compañero (peer-to-peer). Durante la fase final del tratamiento, Servicios de Apoyo de Recuperación será discutidos y ofrecidos como parte de su planeación de despedida y recuperación. Servicios de Drogas y Alcohol puede también dar un seguimiento con usted o su familiar después de la cumplir con el tratamiento, con respecto a los servicios postratamiento.

Transporte

Miembros de CenCal Health (Asegurador de Medi-Cal del Condado del San Luis Obispo) pueden ayudarle con el transporte hacia el Tratamiento de Drogas y Alcohol.

Los miembros pueden contactar el Sistema de Tránsito de Ventura al (855) 659-4600 o al Departamento de CenCal Health de Servicios de Miembros al 1 (800) 814-1861 para preguntar acerca de la elegibilidad.

Código de Conducta de Personal

Servicios de drogas y Alcohol tiene un Código de Conducta escrito que pertenece a y es conocido por el Personal, Empleados Pagados, Voluntarios y el Consejo de Administración y Miembros del Consejo Consultivo Comunitario. El código de conducta incluye las pólizas del programa con respecto a los siguiente:

- Uso de alcohol y/u otras drogas en las instalaciones y fuera de las instalaciones
- Limitaciones de las relaciones personales con clientes
- Prohibición de contacto sexual con clientes/ex clientes
- Acoso sexual
- Discriminación ilícita
- Conflicto de intereses
- Confidencialidad

Usted puede encontrar que el Código de Conducta para la Agencia de Salud Publica del Condado de San Luis Obispo en el Centro de Información del Cliente en cada pasillo de la clínica.