

Estado de Delaware

Departamento de Servicios para los Niños, Jóvenes y Sus Familias

División de Servicios de Prevención y Salud Conductual

Visión: Niños y familias alcanzando su potencial en pleno

PROPOSITO: Proveen servicios de tratamiento de salud conductual accesibles y efectivos para niños, colaborando con sus familias y servicios afines.

<http://www.kids.delaware.gov>

Manual para Niños y Familias

Para los Niños y Familias quienes están Ingresando en Cuidados de la División de Servicios de Prevención y de Salud Conductual. (PBHS- Siglas en inglés)



April, 2012

Tabla de Contenido

	Pagina
1. Que pasos se debe tomar en una Emergencia de Salud Mental/ Abuso de Sustancia	3
2. Vista General del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias	4
3. Red de Servicios de la División de Servicios de Prevención y Salud Conductual	5
4. Equipo de Administración de Servicios Clínicos (CSMT)	6
5. Responsabilidades de PBH y las Responsabilidades del Cliente y de la Familia	7
6. Los Derechos del Niño y de la Familia y el Procedimiento de Apelación del Cliente	8
7. Procedimiento de Quejas del Cliente	9
8. Confidencialidad del Cliente	10
9. Recurso e Información de Asesoría	11
10. Acuerdo entre PBHS y Padres/ Guardianes ingresando a Servicios (Copia del Cliente)	14
11. Padres/ Tutores ingresando a Servicios (Copia del Cliente)	15
12. Formulario de Notificación de HIPPA (Copia del Cliente)	16
13. Acuerdo entre PBHS y Padres/ Guardianes ingresando a Servicios (Copia de PBHS)	17
14. Formulario de Notificación de HIPAA (Copia de PBHS)	18



Que pasos debe tomar en una Emergencia de Salud Mental/ Abuso de Sustancia

Si es necesario ayuda médica o policial inmediata en cualquier momento

Llamar al 911

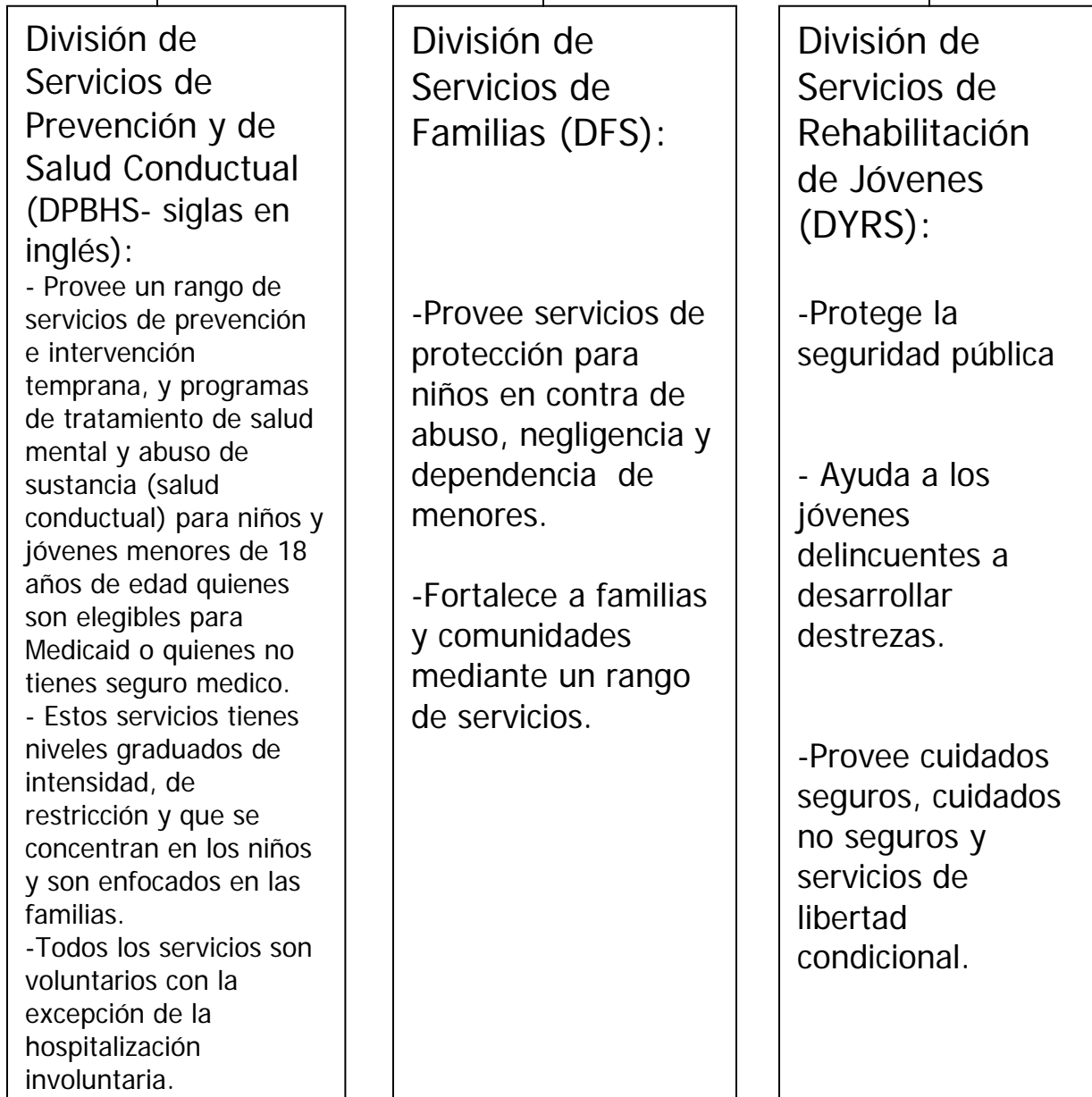
Si la emergencia no ocurre durante horario de oficina (8:00 – 4:30 L -V) y no requiere ayuda médica o policial, llame al Servicio de Crisis de PBHS:

1-800-969-HELP (4357)

Si la emergencia ocurre durante horario de oficina **pero** no requiere ayuda médica o policial, llame a su proveedor de servicios de salud mental/ abuso de sustancia o seguir las indicaciones que ellos le han dado para controlar un crisis.


Vista General

Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias



Red de Servicios de la División de Servicios de Prevención y de Salud Conductual

El Red de Servicios de PBHS está compuesto de proveedores, públicos y privados, de tratamientos en todo el estado, quienes ofrecen un rango de servicios de tratamiento de salud mental/ abuso de sustancia que se concentran en las fortalezas de las familias, que son individualizados, con las restricciones mínimas necesarias, culturalmente competentes y apropiados clínicamente.

<u>Servicio</u>	<u>Intensidad</u>
Servicios de Crisis	Baja
Servicios de Pacientes Externos	
Servicios de Intervencion de Conducta	
Servicios de Paciente Externo Intensivos	
Tratamiento de Día Parcial (S/A únicamente)	
Tratamiento Durante el Dia	
Hospital de Día	
Trata miento Residencial Individualizado	
Tratamiento Residencial	
Hospitalización del Paciente	

Equipo de Administración de Servicios Clínicos (CSMT – siglas en inglés)

El CSMT está compuesto de:

- El Líder del Equipo de Tratamiento – un Profesional Autorizado de Cuidados de Salud Conductual
- Trabajador Social Psiquiátrico
- Coordinador de Servicios Clínicos
- Ayudantes de Servicios de Familia

Cuando un miembro del equipo no se encuentra disponible, generalmente hay otro integrante disponible para ayudar a clientes y familias.

El Coordinador de Servicios Clínicos

- Trabaja con el cliente, su familia y el Líder del Equipo de Tratamiento para planificar los servicios de PBHS y los apoyos dentro de la comunidad
- Ubica un proveedor de servicios y ayuda con el arreglo del comienzo del tratamiento
- Guía el niño y la familia a través de cada paso del proceso de tratamiento
- Revisa el progreso durante el tratamiento
- Ayuda a coordinar servicios de tratamiento con las escuelas, médicos y otras entidades
- Ayuda al cliente y a su familia a planificar para lo que pasará al terminar el tratamiento

Mi Coordinador de Servicios Clínicos es _____

Número de Teléfono _____ Lunes a Viernes 8:00 am – 4:30 pm

El Trabajador Social Psiquiátrico

- Provee los servicios detallados anteriormente para el Coordinador de Servicios Clínicos
- A menudo ayuda a los cliente y familias con problemas más severas
- Ayuda a entrenar nuevos coordinadores de servicios clínicos

Mi Trabajador Social Psiquiátrico es _____

Número de Teléfono _____ Lunes a Viernes 8:00 am – 4:30 pm

El Líder del Equipo de Tratamiento supervisa el tratamiento para asegurar que

- El nivel de cuidado es apropiado y con el nivel de restricción mínimo necesario,
- Los servicios provistos incluyen el tratamiento que es necesario y deseado por la familia, y
- El plan de servicio se cambia cuando sea necesaria para progresar

El Líder de mi Equipo de Tratamiento es _____

Número de Teléfono _____ Lunes a Viernes 8:00 am – 4:30 pm

Responsabilidades de PBHS

- Proveer información y consultas para aquellos quienes no necesitan o no califican para los servicios de PBHS.
- Trabajar con cada familia para identificar las fortalezas y determinar el tratamiento apropiado.
- Proveer coordinación de su caso para usted y para su familia mientras que está recibiendo servicios de PBH. Los coordinadores trabajarán con usted, los proveedores del tratamiento, otras entidades y las escuelas para coordinar cualquier servicio que los clientes pueden necesitar.
- Realizar todos los esfuerzos para ayudar que los niños y los jóvenes permanezcan dentro de sus hogares.
- Explicar cualquier responsabilidad financiera que pueda tener para el costo de los cuidados de su niño. (Los clientes con Medicaid no se requieren realizar co-pagos para ningún servicio.)
- Proveer información de cómo contactar servicios y apoyo dentro de la comunidad que pueden ser de ayuda a la familia.
- Repasar una vez por año los derechos del cliente con el individuo y su familia.

Responsabilidades del Cliente y de la Familia

- Proveer el número de teléfono y la dirección vigente.
- Proveer información actualizada sobre la familia, la escuela, la salud, temas clínicos y el seguro médico.
- Participar en la planificación de los servicios y proveer apoyo que es necesario para asegurar que los servicios son individualizados y de acuerdo con el lenguaje y características culturales de la familia.
- Concurrir al y participar en las reuniones con PBHS, los proveedores del tratamiento, las escuelas y el tribunal.
- Participar en el tratamiento y actividades dentro de la comunidad tal como son desarrollados en el plan de tratamiento.

Derechos del Cliente y de la Familia

Usted tiene el derecho de:

- Recibir el tratamiento que se encuentra diseñado únicamente para las necesidades de su familia, sin tomar en cuenta la raza, religión, sexo, origen étnico, edad o discapacidad. Tiene el derecho a que estos servicios se proveen en el ambiente menos restrictivo posible.
- Ayudar a tomar las decisiones sobre el tratamiento de su hijo/a y de presentar un apelación o queja en cualquier momento durante el tratamiento (para más detalles, por favor ver paginas 8 – 9).
- Ser tratado justamente y con respeto. La División de Prevención y Servicios de Salud Conductual trabaja para respetar las creencias personales y culturales de cada familia.
- Confidencialidad de la información sobre su hijo /a y su familia (Para más información, ver página 10).
- Que la terapeuta explique el tratamiento que será utilizado para ayudar a su hijo/a y estar en acuerdo con este plan (consentimiento informado).
- Presentar una apelación o queja. Si desea hacerlo, su hijo/a continuará recibiendo los servicios clínicos apropiados y usted será tratado justamente y respetuosamente.

Procedimiento de Apelación de Cliente

Si en algún momento, los guardianes o padres (o para servicios de abuso de sustancia, los clientes mayores que 14 años) se encuentran preocupados con respecto del tipo de tratamiento que está recibiendo su hijo/a, el periodo de tiempo por lo cual se encuentra autorizado el servicio, o el ingreso a los servicios de PBHS, ellos pueden ir directamente al Gerente de Mejoría de Calidad al teléfono (302) 633-2738, o cualquiera de las partes detallados a continuación. No obstante recomendamos que se realicen esfuerzos para resolver la preocupación en el lugar donde aparece.

Los clientes con Medicaid pueden apelar directamente a la oficina de Medicaid, si sus preocupaciones son con respecto al tipo (nivel de cuidados) autorizado (ver los niveles de cuidados en la página 5). Los guardianes pueden apelar a la Oficina de Medicaid de DHSS al llamar al Gerente de Beneficios Médicos al 1 (800) 996-9969, Servicios al Consumidor de Medicaid al 1(800)372-2002 o solicitar hablar con el Oficial de Audiencias Justas al (302)577-4900. Los guardianes pueden escribir al: DSS Fair Hearing Officer, 1901 N. DuPont Highway, PO Box 906-Lewis Building, New Castle, DE 19720. Ver el sitio de internet de PBHS para su política y procedimiento o pedir una copia a su coordinador.

Procedimiento de Queja para el Cliente

Si, en algún momento, los clientes y familias se encuentran preocupados sobre **cualquier tema además de los detallado arriba para apelación**, ellos pueden ir directamente Gerente de QI al (302) 633-2738 o a cualquier de las partes detallados abajo. No obstante recomendamos que se realicen esfuerzos para resolver la preocupación al nivel más bajo primero.

Para una Queja sobre un Proveedor de Tratamiento:

Paso #1

La queja se presenta al Proveedor de Tratamiento. Su coordinador lo puede ayudar si así lo desea. Si su tema no se soluciona aquí, seguir a Paso #2.

Paso #2

La queja se presenta al Director de Manejo de Servicios Clínicos de PBH al (302 633-2599). Si su tema no se soluciona aquí, seguir a Paso #3.

Paso #3

La queja se presenta al Director de Mejoría de Calidad de PBH. Se seleccionara un Panel Independiente para considerar su queja/apelación. Ellos tomaran una decisión y esta decisión es final.

Para una queja sobre un empleado de PBH o sobre un servicio:

Paso #1

La queja se presenta al Coordinador. Si su tema no se soluciona aquí, seguir a Paso #2.

Paso #2

La queja se presenta al Líder del Equipo. Si su tema no se soluciona aquí, seguir a Paso #3.

Paso #3

La queja se presenta al Director de Manejo de Servicios Clínicos de PBH al (302 633-2599). Si su tema no se soluciona aquí, seguir a Paso #4.

Paso #4

La queja se presenta al Gerente de Mejoría de Calidad de PBH (302-633-2738). Se seleccionara un Panel Independiente para considerar su queja/apelación.

Ver el sitio de internet de PBHS para su política y procedimiento o pedir una copia a su coordinador.

<http://www.kids.delaware.gov>

Confidencialidad del Cliente

La División de Prevención y de Servicios de Salud Conductual agradece la oportunidad de proveer a su hijo/a y a usted servicios de cuidados de salud conductual. Para poder proveer los mejores servicios posibles para usted y su familia, debemos obtener, utilizar y revelar información personal. Nosotros entendemos que esta información es privada y confidencial, y por lo tanto tenemos normas establecidas para proteger esta información de revelación y utilización ilegal. Usted recibirá una copia del Aviso de Practicas de Privacidad del Departamento de Servicios para los Niños, Jóvenes y sus Familias. Este folleto describe de qué manera la información médicas de usted o de sus hijos puede ser utilizado y revelado, y como usted puede obtener acceso a esta información. También puede revisar este Aviso en nuestro sitio de internet: <http://www.kids.delaware.gov>

A continuación se encuentra la información general sobre nuestras prácticas de confidencialidad:

- Nosotros funcionamos en una base de "necesita saber", PBH, empleados de otros Departamentos, y proveedores de tratamiento pueden obtener información sobre su familia que es necesaria para realizar el trabajo de ellos relativo a los servicios para usted y su familia.
- Información confidencial no será revelado más allá de los Gerentes de Cuidados de los Departamentos sin su autorización escrita. Una vez que usted comienza un programa de tratamiento, PBH y el proveedor de servicios pueden hablar sobre su progreso.
- Existe alguna información que, de acuerdo con la ley, no es confidencial. Esto incluye abuso/negligencia sospechada, o amenazas de lastimar a uno mismo o a otros. Si un empleado de PBH sospecha que un niño/a se encuentra en peligro o ha sido abuso o sufre de negligencia, el empleado, legalmente, DEBE informar la preocupación a la Línea de Emergencia de DFS o a otras autoridades para mantener al niño fuera de peligro.
- Información sobre problemas de abuso de sustancia, estado de HIV, embarazo y enfermedades transmitidos sexualmente tiene reglas estrictas y especiales con respecto a la confidencialidad. Los niños mayores de 12 años posiblemente requieren estar de acuerdo en compartir esta información.
- Usted debe saber que el Departamento tiene un sistema de información de cliente computarizada (FACTS). Esta información electrónica se encuentra protegida por procedimiento de acceso de computadoras y de seguridad.

Si tiene preguntas sobre el Aviso de Practicas de Privacidad, usted cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o si desea realizar una queja sobre las prácticas de privacidad, por favor contactar al Oficial de Privacidad a: John Riley, Division of Management Support Services, 1825 Faulkland Road, Wilmington, DE 19805, (302)-633-2685.

Recursos de Información y Asesoría

Contact Delaware:

Una línea de ayuda de 24 horas que es atendido por un voluntario entrenado. Llamar 761-9100 o 1-800-262-9800.

Entidades Estatales de Salud Mental:

Para más información sobre ingreso, cuidado, tratamiento, alta médica y seguimiento del paciente en entidades residenciales psiquiátricos públicos o privados, llamar a sus entidades estatales para salud mental/ abuso de sustancia. Cada uno de estas entidades tiene un procedimiento de queja determinado y pueden proveer información a las familias sobre servicios dentro del sistema de entidades estatales.

Para Servicios de Niños:

Division of Prevention and Behavioral Health Services

1825 Faulkland Road

Wilmington, DE 19805

Teléfono: (302) 633- 2571

Sitio de Internet - <http://www.kids.delaware.gov/pbhs/pbhs.shtml>

Para Servicios de Adultos:

Division of Substance Abuse and Mental Health

1901 North DuPont Highway

New Castle, DE 19720

Teléfono: (302) 255-9399

Sitio de Internet – <http://www.dhss.delaware.gov/dhss/dsamh>

Delaware's Legal Handbook for Grandparents & Other Relatives Raising Children:

Un recurso legal para personas quienes están cuidando los niños de un pariente. Es gratuito del Departamento de Salud y Servicios Sociales, División de Servicios del Envejecimiento y Adultos con Incapacidades Físicas, 1-800-223-9074

Entidad de Apoyo y Protección Estatal

Cada Estado tiene una entidad de protección y apoyo que recibe fondos del Centro Federal para Servicios de Salud Mental. Esta entidad se requiere proteger y apoyar los derechos de personas con salud mental y para investigar los informes de abuso y negligencia en instalaciones que cuidan o proveen tratamiento para individuos con enfermedad mental.

Contactar a: Disabilities Law Programs, 100 N. 10th Street, Suite 801, Wilmington, DE 19801.

Teléfono: (302) 575-0660

Recursos de Información y Asesoría Continuada

Entidades de Asesoría

Entidades de consumidor en todo el estado que son dirigidos por y son para consumidores de servicios de salud mental y promocionan el otorgamiento de poderes a consumidores. Estas entidades proveen información sobre salud mental y otros servicios de asesoría a nivel Estatal y son activos en abordar y apoyar temas del sistema de salud mental. Para información sobre actividades de consumidor en su área, debe contactar a:

Mental Health Association in Delaware

100 West 10th Street, Suite 600

Wilmington, DE 19801

Teléfono: (302) 654-6833 Fax: (302) 654-6838 Línea gratuita (800) 287-6423

Sitio de Internet - www.mhainde.org

Email - emily.vera@mhaninde.org o information@mhainde.org

National Alliance for the Mentally Ill in Delaware (NAMI-DE)

2500 West Fourth Street, Suite 5

Wilmington, DE 19805

Teléfono: (302) 427-0787 Fax: (302) 427-2075 Correo electrónico - nami@nami.org

Línea gratuita: (800) 427-2643 (Todo el estado)

The Arc/DE (Association for the Rights of Citizens with Mental Retardation in Delaware)

2 South Augustine Road, Suite B

Wilmington, DE 19805

Telephone: New Castle County (302) 996-9400

Kent County (302) 736-6140

The Division of Developmental Disabilities Services

Woodbrook Professional Center

1056 South Governors Avenue, Suite 101

Dover, DE 19904

Telefono: (866) 552-5758

Kent – 744-9600

Recursos de Información y Asesoría Continuado

EL Centro de Información de Padres de Delaware (PIC)

PIC provee: Entrenamiento de Asesoría de Educación para padres de niños con discapacidades, información sobre leyes y procedimientos de educación especial, información sobre los derechos y beneficios de personas con discapacidades y entrenamiento de conocimiento de discapacidades para escuelas y comunidades. Además, PCI es el patrocinador de un programa de apoyo de Padres-a-Padres con reunión es de grupo de apoyo para ayudar a las familias a sobrellevar una discapacidad en la familia. PIC patrocina una conferencia estatal cada año que concentra en temas y asuntos de interés para familias con niños discapacitados.

Norte de Delaware

5570 Kirkwood Highway

Wilmington, DE 19805

Teléfono: (302) 999-7394

Correo Electrónico: picofdel@picofdel.org

Sur de Delaware

13 Bridgeville Road

Georgetown, DE 19947

Teléfono: (302) 856-9880

Condado de Kent: 1-888-547-4412

Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños (Federation of Families for Children's Mental Health)

Un sistema comprensivo de ayuda y asesoría estatal para las familias de niños con desafíos de salud mental.

Para obtener información llamar a:

Children and Families First

Teléfono: 1-800-734-2388

Clientes con Medicaid y sus familias puede contactar las siguientes entidades para ayuda e información de asesoría:

Delaware Medicaid Consumer Hotline: 1-800-372-2022

Health Benefits Manager: 1-800-996-9969

Información General sobre Temas de Salud Conductual de Niños

- The Substance Abuse and Mental Health Services Administration's Center for Mental Health Services - www.mentalhealth.org
- The National Institute of Mental Health - www.nimh.nih.org
- The Bazelon Center for Mental Health Law - www.bazelon.org/children.htm
- The Division of Prevention and Behavioral Health Services - <http://kids.delaware.gov/pbhs/pbhs.shtml>
- The American Psychological Association - www.apa.org
- The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - www.jaacap.com
- Las bibliotecas públicas tienen empleados que pueden ayudarlo a encontrar información y tienen computadoras para acceder a los sitios de internet detallados anteriormente.

Entendimiento entre PBH y el Padre/Guardián del Niño/a Ingresando a los Servicios de PBH

Copia del Cliente/ Familia

He revisado y entiendo el libro de cómo funciona la División de Prevención y Salud Conductual. Entiendo que:

Al aplicar para servicios con PBH, información confidencial de mi hijo/a y familia será compartido de acuerdo con las condiciones detalladas en la política de confidencialidad del Departamento. Tengo el derecho de tener una copia de la política de confidencialidad, si lo solicito.

Se nombrará un equipo de Manejo de Servicios Clínicos para trabajar con mi hijo/a y familia. Un integrante del equipo puede entrevistar mi hijo/a para ayudar a determinar el servicio de tratamiento más apropiado. Los integrantes de este equipo pueden incluir un profesional de cuidados de salud conductual autorizado quien se encuentra a cargo del equipo y el Coordinador de Servicios Clínicos. El equipo puede incluir un psiquiatra y otros especialistas cuando sean necesarios.

El equipo utilizara información obtenido de mi hijo/a y familia para planificar el tratamiento, incluyendo planificación para el siguiente paso al terminar el tratamiento.

PBH o las personas quienes tienen un contrato con PBH pueden contactarme sobre el tratamiento de mi hijo/a para determinar si mi familia está satisfecha con los cuidados provistos.

Finalmente, yo/nosotros entendemos que mi/nuestra participación en el proceso de tratamiento es esencial para el progreso y éxito mío/ de mi hijo/a. Yo entiendo que mi falta de participación puede resultar en la discontinuación de servicios. Además, entiendo que la participación de mi familia es voluntaria, y que puedo solicitar que los servicios sean terminado en cualquier momento.

Firma del Niño/a _____ Fecha _____
Nombre del Niño/ a _____

Firma de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____ Fecha _____
Nombre de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____

Firma del Coordinador de CSMT _____ Fecha _____
Nombre del Coordinador de CSMT: _____

División de Servicios de Prevención y de Salud Conductual
NOTIFICACION DE HIPAA
Copia del Cliente/ Familia

El Acto de Aceptación de Responsabilidad y de Portabilidad del Seguro Médico (una ley federal comúnmente llamado "HIPAA") requiere que el Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias provee a usted una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Por favor lee este documento. Si tiene preguntas, puede hablar a los empleados de la División de Prevención y Salud Conductual o al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias (DSCYF) al llamar al (302) 633-2685.

DSCYF incluye la División de Prevención y Servicios de Salud Conductual, La División de Servicios de Rehabilitación de los Jóvenes, y la División de Servicios de Familia, entonces por lo tanto, puede recibir más de un documento. Si lo recibe, todos los documentos serán los mismos, debido a que la DSCYF tiene un solo Aviso de Practicas de Privacidad. Nosotros queremos estar seguros que usted reciba el Aviso.

Por favor escriba con letras de imprenta su nombre, el nombre de su hijo/a, y la fecha a continuación y luego firme su nombre para indicar que ha recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de DSCYF. Por favor entregar este formulario al empleado de la División de Prevención y de Servicio de Salud Conductual antes de salir de la oficina de la División de Prevención y Servicios de Salud Conductual hoy.

¡Gracias!

En esta fecha he recibido una copia del Aviso de Practicas del Departamento de Servicios para los Niños, Jóvenes y sus Familias.

Firma de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____

Nombre de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____

Fecha _____

Nombre del Niño/a _____

Fecha de Nacimiento _____

Entendimiento entre PBH y el Padre/Guardián del Niño/a Ingresando a los Servicios de PBH

Copia de Archivo de DPBHS

He revisado y entiendo el libro de cómo funciona la División de Prevención y Salud Conductual. Entiendo que:

Al aplicar para servicios con PBH, información confidencial de mi hijo/a y familia será compartido de acuerdo con las condiciones detalladas en la política de confidencialidad del Departamento. Tengo el derecho de tener una copia de la política de confidencialidad, si lo solicito.

Se nombrará un equipo de Manejo de Servicios Clínicos para trabajar con mi hijo/a y familia. Un integrante del equipo puede entrevistar mi hijo/a para ayudar a determinar el servicio de tratamiento más apropiado. Los integrantes de este equipo pueden incluir un profesional de cuidados de salud conductual autorizado quien se encuentra a cargo del equipo y el Coordinador de Servicios Clínicos. El equipo puede incluir un psiquiatra y otros especialistas cuando sean necesarios.

El equipo utilizara información obtenido de mi hijo/a y familia para planificar el tratamiento, incluyendo planificación para el siguiente paso al terminar el tratamiento.

PBH o las personas quienes tienen un contrato con PBH pueden contactarme sobre el tratamiento de mi hijo/a para determinar si mi familia está satisfecha con los cuidados provistos.

Finalmente, yo/nosotros entendemos que mi/nuestra participación en el proceso de tratamiento es esencial para el progreso y éxito mío/ de mi hijo/a. Yo entiendo que mi falta de participación puede resultar en la discontinuación de servicios. Además, entiendo que la participación de mi familia es voluntaria, y que puedo solicitar que los servicios sean terminado en cualquier momento.

Firma del Niño/a _____ Fecha _____

Nombre del Niño/ a _____

Firma de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____ Fecha _____

Nombre de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____

Firma del Coordinador de CSMT _____ Fecha _____

Nombre del Coordinador de CSMT: _____

División de Servicios de Prevención y de Salud Conductual
NOTIFICACION DE HIPAA
Copia para los Archivos de DPBHS

El Acto de Aceptación de Responsabilidad y de Portabilidad del Seguro Médico (una ley federal comúnmente llamado "HIPAA") requiere que el Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y sus Familias provee a usted una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Por favor lee este documento. Si tiene preguntas, puede hablar a los empleados de la División de Prevención y Salud Conductual o al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios para Niños, Jóvenes y Sus Familias (DSCYF) al llamar al (302) 633-2685.

DSCYF incluye la División de Prevención y Servicios de Salud Conductual, La División de Servicios de Rehabilitación de los Jóvenes, y la División de Servicios de Familia, entonces por lo tanto, puede recibir más de un documento. Si lo recibe, todos los documentos serán los mismos, debido a que la DSCYF tiene un solo Aviso de Practicas de Privacidad. Nosotros queremos estar seguros que usted reciba el Aviso.

Por favor escriba con letras de imprenta su nombre, el nombre de su hijo/a, y la fecha a continuación y luego firme su nombre para indicar que ha recibido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad de DSCYF. Por favor entregar este formulario al empleado de la División de Prevención y de Servicio de Salud Conductual antes de salir de la oficina de la División de Prevención y Servicios de Salud Conductual hoy.

¡Gracias!

En esta fecha he recibido una copia del Aviso de Practicas del Departamento de Servicios para los Niños, Jóvenes y sus Familias.

Firma del Niño/a _____ Fecha _____

Nombre del Niño/ a _____

Firma de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____ Fecha _____

Nombre de los Padres/ Guardianes/ Tutores: _____

Firma del Coordinador de CSMT _____ Fecha _____

Nombre del Coordinador de CSMT: _____

Firma del Cliente al Recibir una Copia del Manual

He recibido el Manual del Cliente el (fecha) _____

De (Nombre del Empleado de PBHS) _____

y han contestado mis preguntas.

Firma de Padre/ Madre/ Tutor: _____

Firma de Padre/ Madre/ Tutor: _____