



**MANUAL GENERAL Y  
PROGRAMA DE ORIENTACIÓN  
PARA LAS PERSONAS QUE  
RECIBEN NUESTROS SERVICIOS**

---

**Oficina administrativa de  
Southwest Behavioral & Health Services  
3450 N. 3<sup>rd</sup> St., Phoenix, Arizona 85012  
602-265-8338**

---

Fecha de revisión: 14/4/2023

# LE DAMOS LA BIENVENIDA A

## SOUTHWEST BEHAVIORAL & HEALTH SERVICES

### ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	3
RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE SBH.....	3
CONSENTIMIENTO PARA SER EVALUADO/A O RECIBIR TRATAMIENTO .....	3
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS POR TELEMEDICINA.....	4
SUS RESPONSABILIDADES COMO PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS EN SBH .....	5
PAUTAS DE ASISTENCIA .....	6
PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS .....	6
PLANIFICACIÓN PARA LA TRANSICIÓN O EL ALTA .....	6
HONORARIOS .....	7
SEGURIDAD .....	7
EL CÓDIGO DE ÉTICA DE SBH.....	7
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SBH .....	9
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS VINCULADAS CON LA PRIVACIDAD DE AHCCCS .....	13
CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	16
LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS .....	17
OTROS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE INTERNACIÓN O REHABILITACIÓN ..	19
AVISO SOBRE LOS DERECHOS LEGALES QUE TIENEN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES .....	21
AVISO PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES.....	21
AVISO PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN SERVICIOS DE DROGADICCIÓN O ALCOHOLISMO.....	22
POLÍTICA SOBRE QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES .....	22
PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA, UN RECLAMO O UNA APELACIÓN EN SBH .....	22
ENLACES PARA ACCEDER AL MANUAL DEL USUARIO SEGÚN EL PLAN MÉDICO DE AHCCCS .....	26

## **INTRODUCCIÓN**

**Le damos la bienvenida a Southwest Behavioral & Health Services.** Nos alegra que haya elegido nuestra institución para prestarle servicios. Hace más de cincuenta años que Southwest Behavioral & Health Services (SBH) brinda servicios de salud conductual en Arizona. Esperamos contar con usted para alcanzar sus objetivos de tratamiento.

La información que se ofrece en este documento tiene el fin de ayudarle a cumplir sus metas en SBH. Ante cualquier pregunta que tenga al respecto, hable con un integrante de nuestro plantel, quien lo/a ayudará con gusto. Usted tiene derecho a recibir servicios en el idioma que prefiera. Por eso, si necesita servicios de idiomas en algún momento de la terapia, avísenos.

## **RESPONSABILIDADES DEL PROGRAMA DE SBH**

- Dar respuesta a todas las personas sin demora y con respeto.
- Proveer tratamiento de calidad para la salud y el consumo de sustancias que satisfaga sus necesidades; trabajar con usted para hacer la transición una vez que haya alcanzados sus metas.
- Construir un vínculo abierto y sincero que sirva para llevar adelante el plan de servicio, alcanzar el máximo beneficio de las prestaciones que reciba y ayudarlo/a para que haga uso de sus fortalezas y recursos para así lograr sus metas.
- Identificar claramente quién coordinará los servicios.
- Brindarle servicios de salud accesibles y económicos en un entorno cómodo y seguro.
- Informarle cuáles son sus derechos y ayudarlo/a a que estos se respeten como persona que recibe servicios, avisarle ante posibles limitaciones a sus privilegios e instruirle sobre cómo debe hacer para recuperarlos.
- Conectarlo/a con otras instituciones para responder a las necesidades que no puede cumplir SBH, como servicios ante una crisis o después de hora.
- Tener un enfoque abierto y colaborativo para solucionar los problemas.
- Brindarle asistencia de idiomas —con personal bilingüe o mediante servicios de interpretación y traducción— sin costo alguno, como persona que recibe servicios de salud y tiene conocimientos limitados de inglés, durante el horario de atención de SBH.

## **CONSENTIMIENTO PARA SER EVALUADO/A O RECIBIR TRATAMIENTO**

Yo (la persona que se inscribe para recibir servicios) solicito, de forma voluntaria, tener una evaluación o recibir tratamiento en Southwest Behavioral & Health Services (SBH). Asimismo, entiendo, doy mi permiso y acepto lo siguiente, según queda ratificado con mi firma en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales (una persona con autorización legal lo firmará si el paciente no es capaz de dar su consentimiento informado):

- Se me informó sobre los resultados que se esperan obtener, así como la naturaleza del tratamiento propuesto y los procedimientos que este conlleva. Se me comunicaron, además, los riesgos, los efectos secundarios (si los hubiera) y los peligros de no continuar con el tratamiento y otras opciones que existen (en especial aquellas con menos riesgos o efectos secundarios).
- Entiendo que la autorización podrá ser retenida o retirada en cualquier momento sin ningún tipo de sanción punitiva.
- Si bien la información que se obtenga durante la evaluación o el tratamiento —así como mi historial psiquiátrico— es confidencial, esta podrá entregarse a terceros según se disponga legalmente (podrá darse a conocer si contar con mi autorización), como por ejemplo, en una

emergencia médica, abuso, abandono, orden judicial, requisitos por reclamos de facturación al seguro, auditorías y evaluaciones del programa, así como en los demás casos que corresponda por ley. En cualquier otra circunstancia, será imprescindible contar con el formulario de autorización correctamente formalizado (el cual podrá retirarse, hasta la medida en la que se hayan tomado acciones en consonancia con este). Se considerará que aquellas personas que hayan sido derivadas de una escuela u oficial de libertad condicional o bajo palabra han renunciado a sus derechos de confidencialidad con la fuente que los derivó y que las personas contempladas para recibir los beneficios de salud de los títulos XIX y XXI (Medicaid) han renunciado a sus derechos de confidencialidad con el médico de familia.

- Doy mi autorización para que SBH, sus empleados y socios comerciales utilicen y den a conocer mi información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés) con la finalidad de llevar adelante el tratamiento, recibir pagos o realizar operaciones para el cuidado de la salud. Se trata de un formulario de consentimiento conjunto entre SBH y su personal. La autorización sirve para todas las sedes, los centros y los servicios de SBH, y para los empleados relacionados directa o indirectamente con su atención.
- Entiendo lo siguiente: Es preciso que firme el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales para que SBH pueda atenderme. Además, tengo derecho a rescindir este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto hasta el punto en que la institución ya haya procedido en consonancia con este. Por otro lado, tengo derecho a solicitar que se limite la forma en que se usa o comunica mi información de salud personal para que SBH lleve adelante el tratamiento, reciba pagos o realice operaciones para el cuidado de la salud. Entiendo que SBH no tiene la obligación de acceder a la restricción que yo pida que se imponga. Sin embargo, si la institución la aceptara, deberá respetarla. Antes de firmar el formulario mencionado anteriormente tengo derecho a leer el Aviso sobre las prácticas de privacidad, el cual se encuentra publicado en todas las oficinas de la institución y en su sitio web, [www.sbhservices.org](http://www.sbhservices.org). El aviso podrá modificarse en cualquier momento, y el personal profesional de SBH que me atiende podrá entregarme un ejemplar actualizado. SBH acepta mantener mi información de salud protegida según lo estipulado en ese documento. Allí, también se indican cuáles son mis derechos con respecto al uso y comunicación de tales datos.
- El personal profesional analizará mi evaluación o tratamiento. Algunas veces, los profesionales en capacitación, los residentes o los estudiantes de doctorados podrán participar en mis cuidados o en la revisión antedicha (el nombre del supervisor aparecerá en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales).
- El tratamiento que reciba se piensa específicamente para las necesidades que tengo, y puedo experimentar cierta incomodidad emocional a medida que atraviese por el proceso de sanación y recuperación.
- Acepto participar en la planificación del tratamiento en la medida de mis capacidades.
- Entiendo que no hay garantías de que los servicios me resulten beneficiosos.

SBH me enviará mensajes de texto o de voz, o correos electrónicos, para un mejor acceso a las distintas funciones de la institución. Si no quiero recibirlos, deberá destildarse el casillero correspondiente en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS POR TELEMEDICINA**

Yo (la persona que se inscribe para recibir servicios) acepto recibir servicios médicos por telemedicina en

Southwest Behavioral & Health Services (SBH). Asimismo, entiendo, doy mi permiso y acepto lo siguiente, según queda ratificado con mi firma en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales (una persona con autorización legal lo firmará si el paciente no es capaz de dar su consentimiento informado):

- Se me informó cuál es mi diagnóstico, así como los servicios de telemedicina y el plan de tratamiento propuestos. Entiendo que recibiré tales servicios mediante un equipo de videoconferencia interactivo. Entiendo, además, que actualmente no se sabe de ningún riesgo que esté vinculado con recibir atención de esa forma.
- Entiendo que antes de que se me brinde atención, se me mostrará el equipo y veré cómo funciona. Mi participación en este tipo de servicios es voluntaria. Además, puedo negarme a hacerlo o rechazar el uso de grabaciones en cualquier momento. En tal caso, se documentará mi decisión en la historia clínica. Se me informó sobre las consecuencias que puede haber por revocar el consentimiento informado para recibir tratamiento.
- Entiendo que tanto mi privacidad como la confidencialidad de la información se protegerá, aunque existe la posibilidad inherente de que se deje de mantener esta última por usar comunicaciones en formato electrónico. Las probabilidades de que una persona ajena intercepte la videoconferencia son similares a las de que se interfiera una llamada telefónica. Cuando esté en una consulta de telemedicina, se me avisará quiénes están en la sala del otro lado. Deberé identificarme, con datos específicos, cuando use un medio de comunicación electrónica que no sea por video.
- Entiendo que tanto los prestadores sanitarios que estén en el mismo lugar que yo como los que se encuentren en otro lado tendrán acceso a datos médicos relevantes sobre mí, como información psiquiátrica o psicológica, o sobre adicciones al alcohol o a drogas, así como a mi historial de salud mental. Se grabará la información y las imágenes recabadas con el servicio de video interactivo, y posiblemente otras personas las vean con fines específicamente clínicos o educativos. Si así fuera, se me pedirá que firme una autorización ante testigos. Este consentimiento se anexará a mi historia clínica.
- Entiendo que, al tratarse de comunicaciones electrónicas, existe la posibilidad de que se produzcan fallas tecnológicas. Si eso ocurriera, los profesionales de SBH harán todo lo posible para comunicarse conmigo a fin de completar la cita y establecer los pasos a seguir. Ante una crisis, debo contactarme con los servicios de emergencia. El personal de SBH me entregará una lista con los datos de los centros dentro del área con los que debo comunicarme cuando no fuera posible hablar con los profesionales de esta institución.

He leído el presente documento y entiendo que formará parte de mi historia clínica. En este acto, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos por telemedicina, según los términos antes establecidos, lo cual queda ratificado con mi firma en el Formulario de ingreso y constancias de autorizaciones anuales (una persona con autorización legal lo firmará si el paciente no es capaz de dar su consentimiento informado).

Si no accedo a recibir servicios médicos por telemedicina, según los términos antes establecidos, deberá destilarse el casillero correspondiente en el formulario.

### **SUS RESPONSABILIDADES COMO PERSONA QUE RECIBE SERVICIOS EN SBH**

- Colaborar con el personal encargado de su tratamiento para elaborar un plan en el que se plasmen sus necesidades de forma adecuada y precisa, además de cómo abordarlas.

- Estar predispuesto/a a forjar una relación honesta y de confianza con ellos.
- Cumplir con las normas del programa que le informe el equipo para optimizar las posibilidades de lograr terminar el tratamiento.
- Informar cualquier conducta que observe que pueda ser perjudicial para el programa o para que el equipo encargado del tratamiento trabaje con usted sin inconvenientes.
- Hacerse responsable de su comportamiento.
- Trabajar para alcanzar las metas establecidas en el plan de servicios, como por ejemplo, respetar las derivaciones y los intentos para trabajar en conjunto con centros de la comunidad a fin de abordar todas las necesidades que tiene.
- No ingresar con ninguna clase de armas a las instituciones de SBH y a fumar únicamente en las zonas designadas para ello.

## **PAUTAS DE ASISTENCIA**

Las siguientes pautas deberán respetarse en el caso de las citas que deban agendarse con anticipación. No son para los programas para personas con discapacidades (Community Living), ni en rehabilitación o con internación. En caso de que deba cumplir con las reglas que aquí se establecen, una persona de SBH se las explicará claramente durante el ingreso.

- Si falta **una** vez **O** cancela una evaluación psiquiátrica, para reprogramarla deberá reunirse con personal de SBH para repasar las pautas de asistencia y confirmar que las entiende. En ese momento, se hablará sobre las metas del plan de tratamiento, la frecuencia con la que recibe los servicios y el motivo por el que no se presentó. El propósito de la reunión es cerciorarnos de que le estemos brindando el tratamiento individualizado que le resulte mejor para alcanzar los objetivos.
- Si falta **dos** veces **O** cancela otro tipo de cita, para reprogramarla deberá reunirse con personal de SBH para repasar las pautas de asistencia y confirmar que las entiende. En ese momento, se hablará sobre las metas del plan de tratamiento, la frecuencia con la que recibe los servicios y el motivo por el que no se presentó. El propósito de la reunión es cerciorarnos de que le estemos brindando el tratamiento individualizado que le resulte mejor para alcanzar los objetivos.
- Si, a pesar de haber conversado con un profesional de la institución, usted no se presenta con regularidad, quizás se cierre el caso.
- Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación se considerará como una falta de presentación.

## **PLANIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS**

Para recibir los servicios de SBH, debe participar en la elaboración del plan junto con el equipo encargado de su tratamiento. Es muy importante que **se comprometa al 100 %** para pensar y llevar adelante el plan, ya que en ese documento se establece qué, dónde, cuándo y cómo terminará el tratamiento con resultados satisfactorios. Recuerde que el equipo lo acompañará en el proceso, pero **EL PLAN ES SUYO**. Puede modificarlo cuando lo desee. Contendrá las acciones y los objetivos que se comprometerán a realizar tanto usted como los profesionales para que pueda actuar de una mejor manera en su casa y en la comunidad. Es un acuerdo entre usted y ellos, que debe revisarse y actualizarse con regularidad. Hay ciertos servicios, como actuaciones periciales para prestar testimonio en juicios o evaluaciones para la custodia de menores, que SBH no brinda. Hable con el equipo encargado del tratamiento si tiene dudas sobre si aquí damos determinado servicio.

## **PLANIFICACIÓN PARA LA TRANSICIÓN O EL ALTA**

El plan del alta se articula entre dos aspectos: el plan de servicio y su deseo de continuar atendándose en SBH. Por eso, le recomendamos que comience a elaborar ese plan lo más pronto que pueda una vez en

tratamiento. Hable sobre el alta lo antes posible y las veces que quiera. Puede dársele el alta por alguno de los siguientes motivos:

- porque alcanzó las metas del tratamiento;
- porque se lo/a transfirió a otra agencia que le brindará servicios;
- porque no cumplió con la asistencia exigida o las recomendaciones de tratamiento;
- porque tiene una conducta violenta o amenazante;
- porque delinquiró.

## ***HONORARIOS***

En el momento del ingreso, usted y el médico analizarán su condición financiera y si reúne los requisitos para acceder a servicios con financiación, si corresponde. Se le informará cuál es el cuadro tarifario de SBH y cuánto deberá abonar, si tuviera que pagar algo.

Podrán reintegrarse los honorarios en circunstancias especiales. Si considera que deberían modificarse o reembolsarse, hable con el equipo encargado del tratamiento. Ese tipo de solicitud deberá presentarse por escrito. Por lo general, se abonan los aranceles cuando se reciben los servicios y no se reintegran, excepto que el director general de operaciones o el director administrativo analice el tema y lo autorice por existir circunstancias atenuantes.

El personal de SBH no tiene permitido aceptar regalos de las personas que atendemos.

## ***SEGURIDAD***

En SBH hacemos el máximo esfuerzo posible para que haya un ambiente sano y seguro para todos. Ante cualquier preocupación que tenga en torno a la seguridad, no dude en informarla al personal en cualquier momento. Estamos obligados a inspeccionar las instalaciones y a realizar simulacros con regularidad. En todo el edificio, verá las rutas de escape que debe utilizar ante una emergencia. Le pedimos que participe en los ejercicios, y que siga las instrucciones del personal para que ni usted ni ninguna de las personas que estén en el establecimiento corran riesgos en el caso de que se produzca una emergencia real.

**Ante situaciones que pongan en peligro su vida o la de otros, llame al 911.** Con los programas de SBH no se brinda atención médica de urgencia.

## ***EL CÓDIGO DE ÉTICA DE SBH***

SBH se acoge al «Código de ética y normas de práctica» de la Asociación Estadounidense de Consejería (actualizado en 2014). Por lo tanto, se compromete a brindar la mejor atención, reconociendo la dignidad, el valor, el potencial y la singularidad de cada persona. Además, el funcionamiento de la institución se encuadra dentro de una mirada ética y responsable con el objetivo de que se respeten las normas éticas tanto en cada arista de la organización como por parte de su personal y directivos en todo momento. El Código de ética se utiliza como marco de referencia para procesar las quejas por temas éticos que se realicen contra algún empleado, sus directivos o Southwest Behavioral & Health Services. Se le brinda este Código porque la institución mantiene el compromiso de informar y educar a las personas que atiende durante todo su tratamiento. Ante cualquier duda al respecto, hable con su médico.

- SBH considera que la mayor responsabilidad del personal que tiene contacto directo con los pacientes es garantizar su dignidad y propiciar su bienestar. Por eso, se los hace participar durante toda la evaluación, el tratamiento y la transición. A cada uno se le entrega un consentimiento informado en la forma y en el idioma que pueda entender.

- En SBH no se los discrimina por el grupo étnico al que pertenecen, ni por su género, edad, raza, religión, orientación sexual, situación socioeconómica, ni por ningún otro motivo. Hacemos todo lo que está a nuestro alcance para respetar la privacidad, las preferencias individuales y la diversidad cultural de cada uno.
- SBH procura mantener en secreto la información que las personas que atendemos les brindan a los médicos y eliminamos toda situación en la que puedan violarse sus derechos o la confidencialidad de su información de salud protegida. Por ese motivo, contamos con políticas y procedimientos para el acceso y el almacenamiento de las historias clínicas, y entregamos información confidencial solo a los médicos que deban tenerla o para el funcionamiento de la institución. SBH le entrega a cada persona un ejemplar del Aviso sobre las prácticas de privacidad (el cual se encuentra en este manual).
- En SBH estamos convencidos de que cada persona a la que atendemos tiene derecho a recibir un tratamiento de calidad en todas las áreas del programa. Para ello, contratamos, capacitamos y supervisamos al personal que tiene trato directo con los pacientes, y evaluamos su rendimiento continuamente. SBH estudia la formación y la trayectoria de cada uno de ellos mientras estén contratados en la institución. En consonancia con las guías regulatorias, el personal calificado lleva a cabo tareas de capacitación y supervisión.
- SBH se esfuerza para brindar servicios de calidad que cumplan con las «prácticas óptimas» en todas las áreas. Los médicos que atienden a los pacientes se mantienen actualizados siempre, y se revisa la calidad de los servicios según las prácticas antedichas mediante diferentes procedimientos de gestión de calidad.
- Todo el personal debe capacitarse en el tema de «límites profesionales» y conocer el Código de ética, el cual se debe respetar siempre.
- SBH emplea, capacita y supervisa a los empleados administrativos y a los que no están en contacto directo con los pacientes para que siempre demuestren tener responsabilidad empresarial en todos los aspectos del funcionamiento diario de la institución.
- Entre las prácticas comerciales, SBH tiene políticas y procedimientos para verificar que se cumplan con los lineamientos federales, estatales y contractuales correspondientes, así como las prácticas que se aceptan generalmente. En SBH, hay «pesos y contrapesos» dispuestos en todos los niveles de la organización, los cuales sirven para monitorear, informar y solucionar los problemas que puedan surgir en torno a tales usos y costumbres.
- SBH instrumenta procedimientos para analizar cómo se fijan y cobran los honorarios. Este aspecto se revisa constantemente con cada persona a la que atendemos.
- En SBH hay métodos para identificar conflictos de intereses que puedan surgir entre el personal, los gerentes y el consejo. Los tiene también para resolver cualquier inconveniente de esa índole y mantener un control periódico.
- En SBH se analiza el desarrollo y la comercialización de nuevos servicios para eliminar las infracciones que pueda haber al Código de ética, para no afectar la dignidad de las personas a las que atendemos, y para no violar las políticas sobre responsabilidad empresarial.

SBH estableció mecanismos para denunciar infracciones al Código de ética. Pacientes, empleados y miembros del consejo pueden informarlas al 602-265-8338, ext. 4433, o enviar una carta al oficial de cumplimiento de la institución. Las acusaciones son de carácter confidencial y SBH no tiene permitido



tomar represalia alguna sobre quien haga este tipo de denuncia.

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SBH**

**Actualizado el 27/10/2021**

### **EN EL PRESENTE DOCUMENTO SE EXPLICA CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DARSE A CONOCER SU INFORMACIÓN MÉDICA, ADEMÁS DE CÓMO ACCEDER A ELLA.**

Ante preguntas sobre este aviso, comuníquese con el oficial encargado de la privacidad de SBH al 602-265-8338, ext. 4281. También puede enviarle una carta a la siguiente dirección: Privacy Officer, Southwest Behavioral Health, 3450 N. 3rd Street, Phoenix, Arizona 85012.

En este aviso se explica cómo podemos usar y dar a conocer la información que tenemos sobre su salud. Además, se señalan los derechos con los que cuenta para acceder a ella. La «información de salud protegida» (PHI) son sus datos, entre los que se encuentran los demográficos, que lo/a identifican y tienen que ver con sus enfermedades de salud física o mental —y los servicios de salud— pasados, presentes y futuros. Todo el personal de SBH debe respetar estas pautas, que se usan en los centros en donde ofrecemos servicios.

En muchas de nuestras instituciones, hay cámaras para su propia protección, evitar delitos y mejorar la seguridad pública. Cuando haya algún tema de ilegalidad, criminalidad o inseguridad, se verán las grabaciones registradas. No se usarán para sacar provecho de su información de salud protegida o de los servicios que recibe en SBH, ni para darlos a conocer. Habrá carteles en los centros en los que se utilicen cámaras de seguridad.

Por ley, tenemos la obligación de proteger su información de salud, cumplir con los términos del presente aviso y darle información sobre las políticas y las prácticas de SBH sobre la privacidad. Podrán modificarse dichos términos en cualquier momento. El nuevo aviso se utilizará para toda la información de salud protegida que tengamos en ese momento. La nueva versión se publicará en nuestra oficina administrativa, donde se ofrezcan nuestros programas y en el sitio web de la institución ([www.sbhservices.org](http://www.sbhservices.org)). Le entregaremos un ejemplar actualizado, previo pedido de su parte.

### **Usos y divulgaciones de la información de salud protegida (PHI)**

#### **A. Usos y divulgaciones por tratamiento, pagos y operaciones para el cuidado de la salud**

SBH utilizará y entregará su información de salud protegida en cuestiones relacionadas con tratamientos, pagos y operaciones para el cuidado de la salud. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de las acciones que tiene permitidas la institución. Si bien no se abarcan todos los tratamientos que puede dársele a su PHI, sí se señalan los tipos de usos y comunicaciones que puede realizar nuestra oficina.

**Sobre tratamientos:** Utilizaremos su PHI y la entregaremos con el fin de brindarle atención médica y servicios relacionados, así como para coordinarlos o gestionarlos. Su psiquiatra, el personal del consultorio, su médico y otras personas ajenas a la institución que sean parte de su cuidado y tratamiento podrán usar y dar a conocer su PHI para su atención. Por ejemplo: podría enviársele su información a un médico al que se lo/a haya derivado para que este cuente con toda la información necesaria para diagnosticarlo/a o tratarlo/a por una afección médica.

**Sobre pagos:** Se utilizará su PHI, según sea preciso, para obtener el pago correspondiente por los servicios médicos. Pueden ser ciertas actividades que realice el plan del seguro médico para aprobar o abonar los servicios de salud que solicitamos o recomendamos para usted. Por ejemplo, podrá utilizarse su PHI para establecer si usted cumple con los requisitos para acceder a la atención o cuál es la cobertura que tiene, analizar los servicios brindados según la necesidad médica o hacer análisis de utilización. También puede pasar que, para obtener una autorización de internación, quizás debamos dar a conocer su PHI al plan médico, o tal vez tengamos que informarles sobre los servicios o los medicamentos que recomendamos para que se aprueben.

**Sobre operaciones para el cuidado de la salud:** Podremos usar y dar a conocer su PHI para llevar adelante nuestra actividad comercial, como por ejemplo para hacer lo siguiente: auditorías de servicios y registros de facturación, evaluaciones de calidad, revisiones laborales, actividades de gestión de riesgos, capacitación del personal, licencias y acreditaciones. A modo de ejemplo, SBH analiza el contenido de las historias clínicas y su calidad. Para ello, los registros clínicos tienen que revisarse de forma aleatoria para constatar que la documentación cumple con el marco regulatorio de nuestra actividad. Asimismo, antes de que el médico lo/a atienda, lo/a llamaremos por su nombre en la sala de espera. Compartiremos su PHI con otras personas que realizan diferentes actividades en SBH. Para acuerdos entre nuestro consultorio y un socio en el que deba usarse o darse a conocer su PHI, se celebrará un contrato por escrito en el que se incluirán términos para proteger la privacidad de la información.

#### **B. Otros usos y divulgaciones permitidos y obligatorios que pueden realizarse sin su consentimiento, autorización o posibilidad de que se oponga a ello.**

Podremos utilizar o dar a conocer su PHI sin que para ello debamos contar con su consentimiento o autorización por los siguientes motivos o circunstancias, o a las personas u organismos que se indican a continuación:

- Para cumplir con la ley (solamente se entregará información que sea relevante).
- Por temas de salud pública (para controles de enfermedades, lesiones o discapacidades. Por ejemplo: para avisarle a la persona que haya estado expuesta a una enfermedad contagiosa o para informarle que puede estar en riesgo de contraer una enfermedad o afección, o de contagiársela a otros).
- Por abuso o abandono (para denunciar abuso o abandono de menores o si usted fue víctima de tales formas de agresión).
- Por temas de fiscalización de la salud (para darles información a los organismos gubernamentales para supervisar los sistemas de salud, los programas de beneficios o las leyes sobre derechos civiles).
- Por asuntos vinculados con la Administración de Alimentos y Medicamentos (para darle la información a una persona o empresa que deba cumplir con informar efectos secundarios, defectos o problemas con productos ante dicho organismo).
- En procesos legales o para responder a un pedido judicial (para responder en un proceso judicial o administrativo o a una orden legal de un tribunal).
- Por temas relacionados con los organismos de seguridad (se entregará información limitada para cumplir con procesos legales a los fines de identificar o localizar personas, en relación con víctimas de delitos que hayan ocurrido en las instalaciones de SBH).
- A médicos forenses, funerarias y para la donación de órganos (para identificar el cadáver o establecer la causa de muerte).
- Por motivos de investigación (para cumplir con investigaciones que aprueba y estudia SBH).
- Por temas de actividad criminal (para prevenir o paliar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de la población general o de una persona en particular).
- Por asuntos vinculados con actividades militares o con la seguridad del país (para entregarles información a las FF. AA. para actividades que las autoridades consideren necesarias, para establecer si le corresponde recibir beneficios por ser excombatiente, por temas de seguridad nacional o de inteligencia).
- Por temas de indemnización laboral (para cumplir con las leyes sobre el tema).
- Por asuntos vinculados con reclusos que reciben los servicios de médicos de SBH (si su médico lo/a atiende estando usted en la cárcel).
- Por usos y divulgaciones de obligatorio cumplimiento (para respetar la sección 164.502 en temas de averiguaciones según lo solicite la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos).

#### **C. Otros usos y divulgaciones permitidos y obligatorios que pueden realizarse**

Podremos usar y entregar su PHI en las siguientes situaciones. Se le dará la posibilidad de objetar que se utilice o dé a conocer dicha información, ya sea total o parcialmente. Si usted no está presente, o no

es capaz de aceptar o de oponerse a ello, su médico —según su criterio profesional— decidirá si el uso o la divulgación de los datos es lo mejor para usted. En tal caso, solo se entregará la información que sea relevante para su cuidado.

**Otras personas involucradas en su atención de salud o en el pago correspondiente:** En virtud de la sección 36-509.A.7 de los estatutos revisados de Arizona (A.R.S.), podemos entregar la PHI a terceros, como por ejemplo, familiares directos, parientes, amigos cercanos u otras personas que usted nos indique en el momento de darnos su consentimiento verbal o escrito, si habiendo tenido la posibilidad de objetar no lo hizo o si inferimos que, por las circunstancias, usted no se niega a ello. Si no está en condiciones de aceptar o negarse a que se dé a conocer su información, podremos hacerlo si estimamos que es lo mejor para usted. También podremos entregar su PHI sin tener su autorización en circunstancias que consideremos que suponen una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad de usted o de otras personas y creamos que sus familiares cercanos u otros podrían colaborar para evitar que se produzca. Además, aún si no contamos con su permiso, podremos informarles a familiares o a otras personas identificadas sobre adónde se encuentra, cuál es su estado de salud general o si fallece. Por último, podremos darles su PHI a entidades públicas o privadas para tareas de asistencia en catástrofes y para coordinar el uso y la entrega de la información a familiares o a otras personas que lo cuiden.

**Investigación:** En determinadas circunstancias, podremos usar y dar a conocer su información de salud con fines investigativos. Por ejemplo: en un proyecto de investigación en el que se compara la salud y la recuperación de quienes recibieron una medicación frente a otros que recibieron otra para tratar la misma enfermedad.

Todas las investigaciones deben pasar por un proceso de aprobación especial en el que SBH evalúa los pros y contras del proyecto propuesto y de cómo se usa la información de salud frente a la necesidad de respetar la privacidad de los datos de salud de los consumidores. Es un proceso de evaluación que se utiliza para saber si corresponde que se use o entregue información médica con tales fines. Por lo general, se le pedirá su permiso explícito si el investigador tendrá acceso a su nombre, dirección o a otra información que indique su identidad, o si el profesional lo atenderá en SBH.

**Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad:** Podremos usar o entregar su información de salud cuando ello sea necesario para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de usted u otros. Toda comunicación se hará con aquella persona que sea capaz de ayudar a prevenir tal situación.

**Barreras en la comunicación:** Podremos usar y entregar su PHI si su médico intenta obtener su consentimiento, pero no puede hacerlo porque hay fuertes trabas a la comunicación, y este, según su criterio profesional, establece que usted quiere autorizarlo dadas las circunstancias.

**Por disposiciones legales:** Entregaremos su información médica cuando las leyes federales, estatales o locales así lo dispongan.

### **Usos y divulgaciones de su PHI con su permiso**

Por lo general, los usos y las divulgaciones que no se hayan señalado anteriormente se realizarán únicamente con su permiso por escrito, mediante una «autorización». Tiene derecho a anularla cuando lo desee. En tal caso, dejaremos de usar y entregar la PHI que esté alcanzada por tal autorización, si bien no podremos dar marcha atrás en los datos que ya se hayan usado o dado a conocer.

### **Sus derechos**

A continuación, se indican cuáles son sus derechos en relación con su PHI; además, se señala brevemente cómo hacerlos valer.

- Tiene derecho a revisar su PHI y a obtener un ejemplar. Para ello, debe entregarle el pedido por escrito a su médico asignado. Se le cobrará un importe por los gastos de copiar la documentación que solicite. Se le dará acceso a la información o a los ejemplares dentro de los 30 días (en el caso de personas con una enfermedad mental grave, el tiempo será de 10 días hábiles, o se le explicará por escrito el motivo por el que SBH no puede cumplir con su pedido). En muy pocas

circunstancias, podrá negársele su solicitud para revisar su PHI u obtener un ejemplar. De ser así, podrá pedir que se revea la decisión. La persona que estudie el motivo de la negación no será la misma que rechazó el pedido. Luego, se procederá a dar curso a la resolución que se tome.

- Tiene derecho a solicitar que se restrinja su PHI. Para ello, debe entregarle el pedido por escrito a su médico asignado. Allí debe indicar qué información quiere que se limite, si desea que limitemos el uso que nosotros hacemos de ella, que limitemos su entrega a terceros, o ambos. Además, debe decirnos a quiénes quiere que se restrinja. No estamos obligados a cumplir con su solicitud, a no ser que nos pida que no le enviemos su PHI al plan médico para que se abonen facturas o se realicen otras operaciones relacionadas con la atención si esa información es exclusiva de un servicio que usted (u otra persona que no sea el seguro médico) ya abonó a SBH en su totalidad. Si accedemos a su pedido, lo cumpliremos, salvo que se necesite la información para brindarle tratamiento de emergencia.
- Tiene derecho a solicitar que SBH se comunique de forma confidencial mediante otros medios o a otro lugar. Para ello, debe entregarle el pedido por escrito a su médico asignado. Allí debe especificar cómo o dónde desea que nos contactemos con usted. Además, debe decir que la divulgación de toda o parte de su información médica que solicita que se comunique de cierta manera o a un lugar determinado podría ponerlo/a en peligro.
- Tiene derecho a solicitar que su doctor modifique la PHI. Para ello, debe entregarle el pedido por escrito a su médico asignado. Además, debe indicar el motivo. Podremos rechazar su solicitud si no lo hace por escrito o si no especifica la razón. También podrá negársele si quiere que modifiquemos información que nosotros no produjimos, excepto que la persona o entidad que sí lo hizo ya no esté disponible para rectificarla; que no forme parte de la información médica que guarda SBH; que no sea parte de los datos que se le permite revisar o copiar; o que sea correcta y esté completa. SBH responderá al pedido en tiempo y forma, en un plazo máximo de 60 días de haberse recibido la solicitud.
- Tiene derecho a que se le entregue un detalle de la PHI que la institución haya entregado en casos particulares, si así fuera. Debe entregarle un pedido por escrito a su médico en el que solicite que se le dé la lista o el detalle. Allí, debe indicar el período que quiere que se abarque, el cual no debe superar los 6 años ni ser para fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Debe especificar cómo quiere el listado. El primero que solicite en 12 meses será sin costo, pero si pide más, se le cobrará por ello. Le informaremos el importe que deberá abonar, y podrá retirar o modificar el pedido antes de que se le cobre.
- Tiene derecho a que se le informe si se produjo una vulneración de información de salud protegida que quedó sin respaldo y que afecta su PHI.
- Tiene derecho a obtener un ejemplar en papel de dicho aviso, lo cual puede solicitar en cualquier momento, aunque se le haya enviado en formato electrónico. Para ello, ingrese a [www.SBHservices.org](http://www.SBHservices.org).

#### Aviso sobre prácticas vinculadas con la información médica

SBH forma parte de Health Current, una plataforma no gubernamental y sin fines de lucro donde se intercambia información médica. Se trata de un servicio gratuito que sirve para que usted y sus médicos coordinen su atención de una mejor manera, con información que se comparte por canales seguros. Allí, los doctores y prestadores sanitarios pueden intercambiar su información médica, como por ejemplo, ingresos y altas hospitalarias, historias clínicas, análisis de laboratorio, etc. **No es necesario que haga nada si quiere que su médico y los prestadores sanitarios compartan su información de salud por un medio electrónico seguro para coordinar su atención con más eficacia. Sin embargo, si no quiere, deberá solicitar la exclusión voluntaria.**

#### Tiene derecho a lo siguiente:

- A solicitar un ejemplar de la información médica disponible por Health Current. Para ello, comuníquese con su prestador sanitario para que se le entregue dentro de los 30 días.
- A pedir que se modifique información del programa. Si hubiera datos erróneos allí, podrá pedirle a su médico que los corrija.
- A obtener una lista de las personas que vieron su información mediante Health Current. Para ello, comuníquese con su prestador sanitario para que se le entregue dentro de los 30 días. Si le parece que alguien no autorizado vio sus datos, avísele al prestador.

A continuación, se indican sus derechos en virtud del artículo 27, sección 2, de la Constitución de Arizona para evitar que se comparta su información de salud en la red. En concreto, puede hacer lo siguiente:

- Puede solicitar la exclusión voluntaria para que su información no pueda intercambiarse por Health Current. Para ello, debe solicitar en SBH el formulario correspondiente (Opt Out Form). Una vez enviado, sus datos ya no podrán compartirse en la plataforma. **Advertencia:** Si renuncia a ello, los prestadores sanitarios NO podrán acceder a su información médica ni siquiera ante una emergencia.
- Puede excluir cierta información para que no se intercambie. Por ejemplo, puede hacer que la información que tiene un médico no puedan verla otros. En el formulario de exclusión voluntaria, complete el nombre del prestador sanitario para que la información que tenga este no se comparta con otros. **Advertencia:** Si ese prestador trabaja para una organización (como un hospital o grupo de médicos), se bloqueará toda la información de esa institución o grupo.
- Si pide la exclusión, pero más adelante quiere anularla, deberá solicitar en SBH el formulario correspondiente (Opt Back In Form) y completarlo.
- Si no hace nada ahora y deja que se comparta su información de salud por Health Current, podrá pedir la exclusión voluntaria luego.

### **Quejas**

Si le preocupa la forma en que se maneja su PHI, puede presentar una queja en SBH ante nuestro oficial encargado de la privacidad. No se tomarán represalias en su contra por hacerla. Comuníquese directamente al 602-265-8338, ext. 4281, o si desea obtener más información sobre el proceso, escriba a [privacyofficer@sbhservices.org](mailto:privacyofficer@sbhservices.org).

Todas las quejas deben hacerse por escrito. Además, si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS VINCULADAS CON LA PRIVACIDAD DE AHCCCS**

**EN ESTA SECCIÓN, SE SEÑALA CÓMO PUEDE USARSE Y ENTREGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALA CON DETENIMIENTO.** Fecha de entrada en vigencia: 23 de septiembre de 2013.

### **Prácticas de confidencialidad:**

El Sistema de Contención de Costos del Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS por sus siglas en inglés) y la Administración de Grupos de Atención Médica (HCGA) harán su mayor esfuerzo para mantener la privacidad de su información de salud. Aquí se informa cómo y cuándo AHCCCS utilizará, compartirá y protegerá sus datos. Además, se indican cuáles son sus derechos para mantener la confidencialidad de estos. Si alguno de los parámetros se modifica, le enviaremos un aviso 60 días antes de que se implementen los cambios.

El plan médico y sus doctores y prestadores sanitarios también deberían entregarle un aviso similar en el que se indique cómo usan, comparten y protegen su información. Allí se le tiene que informar cómo debe

hacer para elevar una queja ante ellos por problemas que pueda haber en torno a la privacidad de sus datos.

### **Usar, compartir y proteger su información de salud:**

AHCCCS solo puede utilizar o compartir su información de salud cuando sea preciso para llevar adelante nuestro trabajo, cuando tengamos que compartirla para ejecutar el programa de AHCCCS y que usted obtenga la atención que necesita y para garantizar que se le pague a sus prestadores sanitarios. El plan médico y los prestadores deberán mantener la privacidad de toda información de salud que les entreguemos.

Cada vez que le damos la información a alguien para poder manejar el programa de AHCCCS, tal individuo debe dejar plasmado por escrito que respetará la confidencialidad.

Solicitaremos, usaremos y compartiremos su información para decidir si nos haremos cargo del pago de la atención y para constatar que está recibiendo los cuidados adecuados. Por ejemplo, los médicos y el personal de enfermería que trabaja con nosotros podrían leer el plan de tratamiento de su doctor para corroborar que la atención que se le da es necesaria.

### **AHCCCS y HCGA usarán su información de salud y la compartirán con los siguientes fines:**

- Decidir qué corresponde abonarle al plan médico.
- Pagarle al seguro médico y a los prestadores sanitarios.
- Coordinar el pago por su atención. Usamos y compartimos su información para confirmar que abonamos lo que corresponde por su cuidado, que no pagamos lo que debería afrontar otra entidad aseguradora y para verificar que el prestador sanitario no reciba el pago de sus honorarios más de una vez.
- Coordinar su atención. Compartimos la información con AHCCCS y con otros planes médicos, así como con sus doctores y otros prestadores, para hacer que el cuidado que reciba sea mejor.
- Evaluar el desempeño de los prestadores sanitarios y de los planes médicos. Podremos usar cierta información para saber si el plan médico, los doctores y demás prestadores están trabajando como deben. Por ejemplo, analizamos las historias clínicas de los hospitales para constatar la calidad de la atención que se le brinda.
- A veces, les entregamos información a los abogados, contadores y asesores para que nos ayuden a manejar el programa correctamente y con eficacia y también para identificar casos de fraude o excesos en el programa e iniciar las acciones legales correspondientes.
- Podemos utilizar sus datos para enviarle información útil por correo postal sobre cómo elegir un plan médico, acerca de cambios en la atención que puede recibir o sobre exámenes de salud gratuitos, así como información de protección al consumidor.
- Si AHCCCS no seguirá costearo su atención, podremos entregarle cierta información al gobierno federal para que le ayuden a obtener otro seguro médico. Quizás hasta contribuyan con el pago de las primas.
- A veces les entregamos información a organismos o entidades gubernamentales que brindan beneficios o servicios que no son seguros médicos si usted nos indicó previamente que le interesaba recibir lo que tales instituciones ofrecen.

### **El programa podrá dar a conocer su información de salud a las personas, en las circunstancias o con los fines que se señalan a continuación:**

- A los organismos de salud pública con el fin de frenar el contagio de enfermedades y para informar problemas con fármacos o insumos médicos.
- A cuerpos de seguridad o agencias gubernamentales, si usted es víctima de abuso, abandono o violencia doméstica.

- A otras agencias gubernamentales a cargo de dirigir el programa Medicaid, como puede ser el Departamento de Salud y Servicios Humanos y su Oficina de Derechos Civiles.
- En casos judiciales y audiencias administrativas cuando, por ley, debemos hacerlo.
- A médicos o peritos forenses y funerarias para que puedan llevar adelante su actividad profesional.
- A asociaciones dedicadas a la donación y al trasplante de órganos y a otras organizaciones para que puedan hacer el seguimiento de enfermedades contagiosas o cáncer.
- A grupos, tales como universidades, que tienen permitido por ley hacer investigaciones con su información.
- Con el fin de anular una amenaza seria a la salud y la seguridad de una persona en particular o de la población general.
- A los servicios militares si usted forma o formó parte de las fuerzas armadas.
- A centros penitenciarios o encargados de la seguridad pública, si usted está en una cárcel o penitenciaría, con el fin de mantenerlas en condiciones de seguridad y salubridad.
- A programas de indemnización laboral que abonan beneficios por lesiones o enfermedades laborales.
- A entidades encargadas de la seguridad pública o *nacional* y a agencias de inteligencia y para proteger al presidente y a otras personas según lo disponga la ley.

## **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS VINCULADAS CON LA PRIVACIDAD DE AHCCCS**

### **Sobre sus derechos a la privacidad:**

No se entregará su información de salud sin su permiso escrito, a excepción de las instancias que se señalan en el presente documento o cuando así lo exija la ley. Si quiere autorizar a otras personas para que obtengan sus datos, debe completar el formulario correspondiente («AHCCCS Authorization to Disclose»). Podrá anularlo por escrito cuando lo desee. A continuación, se incluyen algunos ejemplos de motivos por los que necesitamos contar con su permiso por escrito:

- para usar o compartir su información de salud para la comercialización de nuestros servicios;
- para entregar sus notas de psicoterapia;
- para vender su información de salud.

Cuando quiera retirar su autorización, envíe una carta a AHCCCS a la dirección que se indica más adelante. No podemos usar ni compartir su información genética para tomar decisiones sobre su seguro médico.

### **TODA SOLICITUD A AHCCCS DEBE HACERSE POR ESCRITO.**

### **Entre los derechos que tiene en relación con su información de salud, cabe mencionar los siguientes:**

- Tiene derecho a leer su historia clínica y a obtener un ejemplar. Se le cobrará un importe para hacer las copias.
- Tiene derecho a solicitar que se modifique o corrija su historia clínica si considera que hay un error. Debe indicar el motivo por el que pide tales cambios.
- Tiene derecho a obtener una lista de las instancias en las que les hayamos entregado su información a terceros. Allí aparecerán solamente los momentos en los que lo hayamos hecho por una razón que no haya sido para ayudarlo/a en su tratamiento, pagarle a sus doctores y demás prestadores sanitarios o colaborar para que empresas como su aseguradora puedan cumplir con las obligaciones de su actividad comercial. En el listado no habrá datos que se le hayan dado a usted o a su familia directamente, ni tampoco aquellos que se hayan entregado porque usted nos dio su permiso por escrito.
- Aviso sobre vulneración de datos: Si AHCCCS utiliza o comparte su información indebidamente, le avisaremos de inmediato.

- Otros usos y divulgaciones restringidos de su información de salud: Debe informarle a AHCCCS qué datos no quiere que se compartan y a quiénes no quiere que se les entregue la información. AHCCCS no está obligado a cumplir con el pedido.
- Retirar el permiso que le dio a AHCCCS para que comparta su información: Hacerlo no modificará los datos que ya se hayan entregado a terceros.
- Elegir cómo debemos comunicarnos con usted: Indique cómo y dónde prefiere que nos contactemos.
- Tiene derecho a presentar una queja si no concuerda con la forma en la que AHCCCS utilizó o compartió su información.
- Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso en cualquier momento.

**TODA SOLICITUD A AHCCCS DEBE HACERSE POR ESCRITO.**

**Cómo comunicarse con AHCCCS por sus derechos a la privacidad:** Envíe todos los formularios completos, solicitudes y correspondencia a la siguiente dirección:

**AHCCCS Administration**  
 ATTN: Privacy Officer  
 701 East Jefferson, MD 6200  
 Phoenix, AZ 85034

Puede ocurrir que el oficial encargado de la privacidad no le permita acceder a su historia clínica, obtener un ejemplar o modificarla. En caso de que eso pase, se le enviará una carta para explicarle los motivos y se le indicará si puede solicitar que se revea la decisión. Se le informará cómo presentar una queja ante AHCCCS o el Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Oficina de Derechos Civiles.

**Cómo presentar una queja:** Puede presentar una queja ante AHCCCS o el Departamento de Salud y Servicios Humanos o la Oficina de Derechos Civiles. A continuación, se indican los datos para enviar la correspondencia:

**AHCCCS Administration**  
 ATTN: Privacy Officer  
 701 East Jefferson, MD 6200  
 85034  
 San Francisco, CA 94103

**Region IX, Office for Civil Rights**  
 Medical Privacy, Complaint Division  
 U.S. Depart. Of Health and Human Services Phoenix, AZ  
 90 7th Street, Suite 4-100

**Para obtener más información:**

Ante cualquier pregunta que tenga, comuníquese con el oficial encargado de la privacidad de AHCCCS. AHCCCS puede modificar sus prácticas sobre la privacidad, lo cual repercutirá en la información que ya tengamos y la que obtengamos más adelante. Podrá acceder al aviso actualizado en las oficinas administrativas de AHCCCS o en nuestro sitio web. Puede solicitar un ejemplar del comunicado vigente cuando lo desee o ingresar a [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov).

**Para comunicarse con AHCCCS:** Llame al 602-417-4000 desde los códigos de área 480, 602 o 623. Para hablar desde otras partes de Arizona, marque 1-800-654-8713.

***CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS***

Por las leyes y reglamentaciones federales, la confidencialidad de los registros sobre drogadicción o alcoholismo está protegida. Esta disposición alcanza a las personas que hayan recibido tratamiento en nuestros programas contra las adicciones, a quienes se les haya diagnosticado su consumo abusivo aquí o a quienes se los haya derivado para recibir tratamiento en nuestra institución. En términos generales, no



le diremos a nadie ajeno al programa que usted asiste a este, ni se entregará información que pueda identificarlo/a como alguien que tiene un consumo problemático de alcohol o drogas, excepto que se presente alguna de las siguientes situaciones:

- usted nos dé su permiso escrito para hacerlo;
- haya una orden judicial que autorice la entrega;
- la información se le brinde a personal médico ante una emergencia de salud o a personal calificado para llevar adelante investigaciones, auditorías o evaluaciones del programa; o
- usted amenace con cometer un delito en las instalaciones o contra una persona que trabaja para SBH.

Según las leyes y reglamentaciones federales que rigen los temas de privacidad, podemos denunciar casos de supuesto abuso o abandono de menores ante las autoridades estatales correspondientes en virtud de la legislación del estado. Consulte la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales para conocer cuáles son las normas federales por las que se rige la confidencialidad de las historias clínicas sobre el consumo problemático de alcohol y drogas.

## **LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE ATENDEMOS**

A. SBH procura que:

1. Toda persona que recibe servicios sea tratada con dignidad, respeto y consideración.
2. La persona que recibe servicios no sea víctima de:
  - a. abuso,
  - b. abandono,
  - c. explotación,
  - d. coerción;
  - e. manipulación;
  - f. abuso sexual;
  - g. agresión sexual;
  - h. sujeción o aislamiento, excepto según lo dispuesto en la sección R9-10-316;
  - i. represalias por presentar una queja ante ADHS u otra autoridad; ni
  - j. la apropiación indebida de bienes personales y privados por parte del personal de SBH, empleados, voluntarios o estudiantes.
3. La persona o su representante:
  - a. dé su consentimiento para el tratamiento o lo rechace (excepto en una emergencia);
  - b. pueda rechazar el tratamiento o retirar su autorización antes del inicio, a no ser que este haya sido pedido por un tribunal según el título 36, capítulo 5, de los estatutos revisados de Arizona (A.R.S.), sea esencial para salvar la vida o la salud de la persona, o se brinde según la sección 36-512 de dichos estatutos;
  - c. reciba información sobre las opciones que existen al medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto, así como los riesgos y las complicaciones que puede haber (excepto en una emergencia);
  - d. tenga información sobre lo siguiente:
    - i. la política sobre las directivas del cuidado de la salud; y
    - ii. el procedimiento para presentar quejas;
  - e. dé su autorización previa para que se la fotografíe (excepto si se le toma una foto en el momento del ingreso para identificarla y cumplir con cuestiones administrativas); y
  - f. excepto según lo dispuesto legalmente, brinde su consentimiento para que se entregue la siguiente documentación:
    - i. su historia clínica; y
    - ii. los registros financieros.

B. La persona que recibe servicios tiene los derechos que se enumeran a continuación:

1. A que no se la discrimine por su raza, nacionalidad de origen, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
2. A recibir un tratamiento que sea adecuado según su propia individualidad, elecciones, fortalezas y capacidades.
3. A que se mantenga la privacidad del tratamiento y del cuidado que reciba para atender a sus necesidades personales.
4. A acceder, previa solicitud, a su historia clínica según las secciones 12- 2293, 12-2294 y 12-2294.01 de los estatutos revisados de Arizona.
5. A que se la derive a otra institución de salud si SBH no puede brindarle los servicios para la atención de sus cuadros físicos o de salud conductual.
6. A ser parte de la planificación de su tratamiento o en las decisiones que se tomen al respecto —o que su representante lo sea—.
7. A participar o negarse a participar en tratamientos experimentales o de investigación.
8. A recibir la ayuda de un familiar, representante u otra persona para entender, proteger o hacer valer sus derechos.

## **OTROS DERECHOS DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE INTERNACIÓN O REHABILITACIÓN**

- A. SBH procura que:
1. La persona que recibe servicios no sea víctima de:
    - a. que se le dé el alta o se la transfiera —o se la amenace con ello— por motivos que no estén relacionados con sus necesidades de tratamiento, excepto según se haya establecido en un convenio de honorarios firmado por la propia persona o su representante;
    - b. un tratamiento en el que se le niegue:
      - i. la comida;
      - ii. la posibilidad de dormir; o
      - iii. la posibilidad de ir al baño.
  2. Excepto según lo estipulado en la subsección B, la persona que recibe servicios tenga permitido:
    - a. relacionarse con las personas que ella elija, recibir visitas y realizar llamadas telefónicas en el horario establecido;
    - b. que se respete la privacidad de sus cartas, comunicaciones, visitas, asuntos financieros e higiene personal; y
    - c. enviar y recibir cartas cerradas y sin censura, excepto que ello sea denegado por una orden judicial.
- B. Si el director médico o clínico de SBH establece que, por el tipo de tratamiento que recibe la persona, se debe limitar su participación en las actividades descritas en A (2), el directivo:
1. registrará en la historia clínica el propósito específico por el cual se justifica que se la aparte de la actividad;
  2. le comunicará al paciente el motivo de la restricción; y
  3. le informará sobre su derecho a presentar una queja, así como el procedimiento para hacerlo.
- C. Además de los derechos que se les dan a todas las personas que reciben tratamiento, quienes están en modalidad de internación o rehabilitación tienen otros derechos, a saber:
1. A recibir un tratamiento que:
    - a. sirva de sostén para las libertades de la persona, y estas solo se vean restringidas por lo que se disponga en una orden judicial, según el consentimiento general de la persona o en virtud de lo dispuesto en la sección R9 del capítulo 10; y
    - b. se brinde en un entorno que cumpla con las necesidades de tratamiento que tenga la persona y con las menores restricciones posibles.
  2. A que se respete la privacidad del tratamiento y la atención, lo cual comprende el derecho a que no se le tomen las huellas dactilares, no se la fotografíe ni grave sin su autorización, excepto en las siguientes circunstancias:
    - a. puede fotografiársela en el momento del ingreso para identificarla y cumplir con cuestiones administrativas;
    - b. si recibe tratamiento según el capítulo 37 del título 36 de los estatutos revisados de Arizona;
    - c. en grabaciones de video por temas de seguridad que solo se guardan por cierto tiempo; o
    - d. según lo dispuesto en la sección R9-10-316(7).
  3. A que no se le impida ejercer sus derechos civiles, excepto que se haya formalizado que es incompetente o que un tribunal con jurisdicción haya dictaminado que la persona no es capaz de ejercer un derecho específico o una categoría de derechos.
  4. En el caso de las personas que reciben tratamiento de rehabilitación, estas tienen derecho a que se les proporcione un espacio de guardado para dejar sus pertenencias bajo llave mientras estén en el centro.
  5. En el caso de las personas que reciben tratamiento de rehabilitación, estas tienen derecho a que se les dé la posibilidad de relacionarse con otras personas y realicen actividades sociales,

recreativas o de rehabilitación a diario.

6. A que se le informe cuáles son los requisitos para que se le dé el alta o se la transfiera a un lugar con menos restricciones.

## **AVISO SOBRE LOS DERECHOS LEGALES QUE TIENEN LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES**

Si usted sufre una enfermedad mental grave, la legislación federal y estatal le confiere derechos legales. A continuación, se señalan algunos de ellos:

- Tiene derecho a recibir servicios de salud mental según sus necesidades individuales.
- Tiene derecho a participar en todas las etapas del tratamiento, incluso a estar en las reuniones que se realicen para tratar su plan de servicio individualizado (ISP por sus siglas en inglés).
- Tiene derecho a que se le entregue un plan de alta en el momento de la externación hospitalaria.
- Tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento (excepto en una emergencia o si este es para cumplir con una orden judicial).
- Tiene derecho a recibir tratamiento en un entorno que sea lo menos restrictivo posible.
- Tiene derecho a que no se lo/a sujete ni aisle innecesariamente.
- Tiene derecho a no ser víctima de abuso físico, sexual o verbal.
- Tiene derecho a que se respete su privacidad (correos, visitas, conversaciones telefónicas).
- Tiene derecho a presentar una apelación o un reclamo si no está de acuerdo con los servicios que se le brindan o si se violan sus derechos.
- Tiene derecho a elegir uno o más representantes para que lo/a ayuden durante las reuniones para tratar el ISP y para presentar reclamos.
- Tiene derecho a que se le asigne un gestor de casos para obtener los servicios que necesita.
- Tiene derecho a que se le entregue un ISP en el que se establezcan los servicios que recibirá.
- Tiene derecho a relacionarse con otras personas.
- Tiene derecho a que se respete la confidencialidad de su historia clínica psiquiátrica.
- Tiene derecho a recibir un ejemplar de su historia clínica psiquiátrica (a no ser que no fuera lo mejor para usted).
- Tiene derecho a apelar una orden judicial de internación involuntaria, a consultar con un abogado y a solicitar una revisión judicial de tal decisión cada 60 días.
- Tiene derecho a que no se lo/a discrimine en cuestiones laborales o habitacionales.

Si desea obtener información sobre sus derechos, solicite un ejemplar del folleto «Sus derechos en Arizona como persona con una enfermedad mental grave» (en inglés: Your Rights in Arizona as an Individual with Serious Mental Illness) o comuníquese con la Oficina de Derechos Humanos del Departamento de Servicios de Salud al 1-800-421-2124.

## **AVISO PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES**

### **Aviso sobre la prohibición de la discriminación**

En las secciones 36-506 y R9-21-101(B) de los estatutos revisados de Arizona, se establece lo siguiente:

- A. A las personas que sean evaluadas o que reciban tratamiento en virtud de ese capítulo no podrá negárseles ningún derecho civil, como por ejemplo, el derecho a hacer uso de sus bienes, iniciar y recibir demandas, celebrar vínculos contractuales o votar. El hecho de que una persona sea evaluada o reciba tratamiento según ese capítulo a pedido de un tribunal no confirma que sea incompetente legalmente, excepto según lo previsto en la sección 36-512 de dichos estatutos.
- B. No se discriminará de ninguna forma a aquella persona que sea o haya sido evaluada o que reciba o haya recibido tratamiento en una institución por un trastorno mental. A continuación, se enumeran algunos motivos de discriminación que están prohibidos:
1. buscar trabajo;
  2. retomar su práctica profesional u ocupación anterior o continuarla;
  3. conseguir una vivienda o mantener la que tiene;
  4. obtener o conservar licencias o permisos, como por ejemplo, la licencia de conducir, profesional u

- ocupacional, o como operario de vehículos o chófer.
- C. A los fines de esta sección, por «discriminación» se entiende que se le nieguen sus derechos civiles a alguien por internaciones o atención y tratamiento ambulatorios que no guarden relación con su capacidad actual de cumplir con las normas que abarcan al resto de los individuos. En las solicitudes para ocupar puestos laborales, obtener licencias o una vivienda no se pedirá información que promueva ese tipo de discriminación.
- D. En el momento del alta del tratamiento o al concluir su evaluación, la institución le entregará al paciente un aviso escrito sobre las disposiciones estipuladas en esa sección.

## **AVISO PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN SERVICIOS DE DROGADICCIÓN O ALCOHOLISMO**

### **Política 320-T del Manual con las políticas de salud de AHCCCS**

Los prestadores que brindan servicios para tratar el abuso de sustancias que reciban financiación federal por parte de la Administración de Servicios por Abuso de Sustancias y Servicios Mentales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos —entre los que se encuentra esta institución— no pueden discriminarlo/a por su religión o creencias religiosas, porque se niegue a profesar un credo o se rehúse a participar activamente en una práctica religiosa.

Si no concuerda con el carácter religioso de esta organización, tiene derecho según la ley federal a solicitar que se lo/a derive a otro prestador que brinde servicios de drogadicción o alcoholismo. Deben derivarlo y darle otros servicios dentro de los 7 días de que los haya solicitado, o antes si su estado de salud lo justifica. El otro prestador debe estar disponible y poder brindarle tales servicios. La calidad de la atención suministrada por este no debe ser inferior a la que hubiera recibido en esta institución.

## **POLÍTICA SOBRE QUEJAS, RECLAMOS Y APELACIONES**

En el momento del ingreso, todas las personas que atendamos o sus representantes recibirán un ejemplar de la política y del procedimiento sobre reclamos y apelaciones de SBH, conforme con la política y las normas de habilitaciones y acreditaciones de la institución. En el documento se describen los derechos y los procedimientos relativos a la presentación de una queja, un reclamo o una apelación. Además, en cada centro se colgará una copia en un lugar destacado.

El personal de SBH debe facilitar el proceso para que cada una de las personas que recibe servicios pueda ejercer los derechos relacionados con esos procedimientos. Además, los pacientes deben poder entender los formularios para elevar quejas, los cuales tienen que estar siempre a disposición. Si lo solicitan, se los ayudará a completar y enviar los formularios para elevar quejas, reclamos o apelaciones. Está prohibido que el personal tome represalias contra quien haga ese tipo de presentaciones o medidas extorsivas contra el empleado que los haya asistido.

Como parte de la capacitación continua para siempre respetar los derechos de todas las personas que atendamos, el personal conoce los procesos para efectuar quejas, reclamos o apelaciones. Con el objetivo de que nunca se violen los derechos de las personas que reciben tratamiento, se harán jornadas de actualización en cuanto haya modificaciones en los estatutos, los lineamientos o las políticas y los procedimientos de la institución.

## **PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA, UN RECLAMO O UNA APELACIÓN EN SBH**

### **Propósito:**

Velar por que las personas que atendemos en SBH cuenten con la información y la orientación adecuadas para presentar una queja, un reclamo o solicitar una apelación por decisiones sobre sus tratamientos.

### **Referencias:**

La sección 431.200 del título 42 del Código de Regulaciones Federales y el título 45 del mismo código (HIPAA).

El capítulo 446 del Manual de Operaciones con Contratistas de AHCCCS (ACOM).

### **Definiciones:**

**Queja:** Expresión de insatisfacción por cualquier tema, excepto por una acción o por acusaciones de violaciones a los derechos de una persona que tiene una enfermedad mental grave.

**Reclamo o pedido de investigación:** Queja que presenta una persona que tiene una enfermedad mental grave u otra parte interesada en la que se manifiesta que se violaron sus derechos, o una situación que amerita que se investigue lo sucedido.

**Apelación:** Proceso por el cual una persona solicita que se revea una acción u otro tipo de decisión desfavorable.

**Acción:** El rechazo de un servicio solicitado, o su suspensión, reducción o finalización, así como autorizaciones limitadas para recibirlo.

**Aviso de acción tomada:** Documento que se le entrega a una persona que recibe atención cuando se tomó una acción que repercute en un servicio solicitado.

### **Procedimiento:**

**A. Quejas:** Pueden presentarse por vías informales ante SBH (una queja interna) o formales ante una entidad externa.

#### **B. Presentar una queja informal ante SBH**

1. En SBH recomendamos que quien desee presentar una queja hable sobre lo que le preocupa directamente con el personal o con un supervisor que corresponda según el programa. Hay un formulario para dejar las quejas informales por escrito (SBH Complaint Form). Si no, puede optar por presentar la queja ante las autoridades regionales de salud conductual (RBHA por sus siglas en inglés), el plan médico o AHCCCS en el momento que quiera, según se establece más adelante en la sección C.
2. Si no se soluciona el problema satisfactoriamente dentro del programa, se le indicará que presente una queja por escrito ante el coordinador o el director del programa lo antes posible. Por lo general, se pautará una cita en persona dentro de las 48 horas de haberse recibido la queja, ya sea verbalmente o por escrito.
3. Si lo necesita, el personal la ayudará a presentar una queja por escrito. Una vez enviada (ya sea a SBH o a una entidad externa), los empleados deben completar el informe del incidente. La documentación que sirve para dejar asentado que se presentó una queja (una copia de la queja por escrito) debe guardarse en la historia clínica, pero el informe del incidente no.
4. Si la persona considera que el problema no se resolvió satisfactoriamente, las quejas pueden elevarse a niveles superiores dentro de SBH, como al director del programa, al vicepresidente o al presidente o director general de la institución. SBH analizará la queja escrita dentro de los 7 días hábiles de haberse recibido en cada nivel jerárquico e intentará solucionarlo dentro de los 30 días.

#### **C. Presentar una queja formal ante otras entidades**

1. Las entidades que se señalan a continuación tienen procesos que funcionan de forma independiente a los procedimientos internos de SBH que se explicaron en los puntos anteriores. Se puede presentar una queja directamente ante estos organismos cuando se desee. Nuestro personal no impedirá que lo haga, sino que lo/a ayudará, si así lo solicita.

**a. Servicios con el financiamiento de la autoridad regional de salud conductual**

**(RBHA):** Las personas que reciban servicios mediante RBHA pueden presentar una queja directamente ante ese organismo. A continuación, le informamos los datos para comunicarse según la zona:

- En los condados de Maricopa y Gila: Mercy Care: 602-586-1841 o 1-800-564-5465 (711 teléfono de texto/para sordos).
- En el norte de Arizona: Care1st 1-866-560-4042 (o 1-800-367-8939 teléfono de texto/para sordos).
- En el sur de Arizona: Arizona Complete Health: 1-866-495-6738 (1-877-613-2076 teléfono de texto/para sordos).

b. Por reclamos por abuso físico, sexual o por el fallecimiento de una persona:

- AHCCCS/OAL: Escriba a la oficina que recibe quejas y apelaciones sobre salud conductual (Behavioral Health Grievance and Appeals Office of Grievance and Appeals) a 701 E. Jefferson St. Phoenix, AZ 85034. O llame al teléfono de atención al consumidor de AHCCCS, 1-800-867-4558 o 602-364-4558.

c. Además, quienes tengan un diagnóstico de una enfermedad mental grave pueden solicitar asistencia en:

- la Oficina de Derechos Humanos al 602-364-4585 o 1-800-421-2124.

**d. Servicios de habilitaciones del Departamento de Servicios de Salud de Arizona**

**(ADHS):** Las personas que reciben servicios en SBH pueden presentar una queja directamente ante ADHS:

- i. Clínicas ambulatorias y unidades de internaciones - Dirección de habilitaciones de centros médicos (Outpatient Clinics and Inpatient Units- Bureau of Medical Facilities Licensing): 602-364-3030; 150 N. 18th Avenue, 4<sup>th</sup> Floor Phoenix, AZ 85007.
- ii. Centros de rehabilitación - Dirección de habilitaciones de centros médicos (Residential Treatment Facilities- Bureau of Residential Facilities Licensing): 602-364- 2639; 150 N. 18th Avenue, 4<sup>th</sup> Floor Phoenix, AZ 85007.

2. Puede solicitarse a SBH que entregue ciertos documentos para agilizar la investigación de una entidad externa. Además, quizás el personal de nuestro centro tenga que colaborar en las averiguaciones. En todo caso, se hará con el conocimiento de su supervisor.

3. Si, a raíz de las investigaciones, se confirma la queja, posiblemente SBH deba tomar medidas correctivas para resolverla. De ser así, deberá informarse al Departamento de Gestión de Riesgos.

## **D. Reclamos y pedidos de investigación**

1. Reclamos:

a. Una persona a la que se le haya diagnosticado una enfermedad mental grave u otra parte interesada en su nombre podrá presentar un reclamo o un pedido de investigación de forma verbal o por escrito por las siguientes acusaciones:



- se violaron los derechos de la persona;
- hay o hubo una situación que debe investigarse.

b. La presentación debe realizarse dentro de los 12 meses de haberse producido alguno de los supuestos indicados. Para enviar el reclamo por escrito, debe pedir el **formulario para apelaciones ante AHCCCS o por reclamos de una persona con una enfermedad mental grave (anexo A de la política 446 del Manual de Operaciones con Contratistas de AHCCCS, ACOM)**.

c. Los reclamos o los pedidos de investigaciones se presentan ante la RBHA en la que esté inscrita la persona con una enfermedad de salud grave (véase la sección Quejas C.1.a).

d. El personal de SBH debe ayudar a las personas a presentar un reclamo o un pedido de investigación oral o por escrito, si así lo solicitan. Si un empleado tiene motivos para creer que se violaron derechos o que se produjo una situación que amerita investigarse, este debe procurar que se presente un reclamo o un pedido de investigación.

e. La documentación sobre la presentación debe guardarse tanto en la historia clínica como en el Departamento de Gestión de Riesgos. Además, para los reclamos, en SBH debe completarse el informe del incidente.

f. El personal debe colaborar con las averiguaciones brindando la información que soliciten RBHA, ADHS o AHCCCS y tomar acciones lógicas y rápidas para proteger la salud y la integridad física de las personas involucradas.

## 2. Apelaciones:

### a. Apelar acciones

i. SBH les informará a los pacientes (o tutores), según lo dispuesto por RBHA o AHCCCS, de toda acción que repercute en los servicios que se les brindan en la institución. Para ello, cumplirá con los requisitos del Aviso sobre Negación de Beneficios descritos en el capítulo 414 del Manual de Operaciones con Contratistas de AHCCCS.

ii. Las personas que atendemos (o sus tutores) tienen derecho a apelar tales acciones. En cada aviso se incluyen las instrucciones y los plazos concretos para apelar.

b. Apelaciones específicas para las personas que solicitan que se establezca que padecen una enfermedad mental grave o que ya obtuvieron ese diagnóstico: Dichos individuos pueden apelar otro tipo de decisiones, como por ejemplo, sobre las siguientes cuestiones:

- si cumplen con los requisitos para que se dictamine que sufren una enfermedad mental grave;
- si necesitan recibir servicios de salud conductual, en qué momento corresponde la atención o si debe continuarse con la cobertura; y
- los costos o los copagos de los servicios de salud conductual.

c. Cuando corresponda, el personal de SBH les entregará a las personas que reúnan las condiciones la siguiente documentación: el Aviso sobre decisiones y el derecho a apelar de AHCCCS (anexo C de la política 444 del ACOM) o el Formulario para apelaciones ante AHCCCS o por reclamos de una persona con una enfermedad mental grave (anexo A de la política 446 del ACOM), según se indica en el capítulo 400 de dicho manual. En ambos formularios se incluye información específica sobre cómo presentar una apelación.

## **ENLACES PARA ACCEDER AL MANUAL DEL USUARIO SEGÚN EL PLAN MÉDICO DE AHCCCS**

**Propósito:** El fin de esta sección es que tenga hipervínculos activos para acceder al manual de su plan médico. En el caso de los planes en los que no haya otro enlace que no sea en inglés, le recomendamos que se comunique con el seguro directamente para solicitar la versión en el idioma que usted prefiera. Si desea obtener un ejemplar impreso, pídale durante el ingreso, en la primera cita o en cualquier momento del tratamiento en SBH. Se le entregará sin costo alguno.

**BlueCross BlueShield Arizona | Health Choice**

<https://www.healthchoiceaz.com/members/member-handbooks/>

**AZ Complete Health Care**

<https://www.azcompletehealth.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html>

**United Health Care**

[https://www.uhcommunityplan.com/assets/plandocuments/handbook/en/AZ\\_Medicaid\\_Handbook.pdf](https://www.uhcommunityplan.com/assets/plandocuments/handbook/en/AZ_Medicaid_Handbook.pdf) (en inglés)

<https://www.uhcommunityplan.com/content/dam/uhccp/plandocuments/handbook/es/AZ-MemberHandbook-SP.pdf> (en español)

**Molina Complete Care**

<https://www.molinahealthcare.com/members/az/en-us/-/media/Molina/PublicWebsite/PDF/members/az/en-us/AZ-MEM-072022-Member-Handbook-CY23-508C-ENGLISH-FINAL.pdf>

**Banner University Family Care**

<https://www.bannerufc.com/acc/plan-information/cy23-plan-materials>

**Mercy Care Plan**

<https://www.mercycareaz.org/members/complecare-formembers/handbook>

**Care 1<sup>st</sup> Health Plan**

<https://www.care1staz.com/members/medicaid/resources/handbooks-forms.html>

**American Indian Health Program/Tribal Regional Behavioral Health Authorities (programa de salud para nativos estadounidenses y autoridades regionales tribales en salud conductual)**

[https://www.azahcccs.gov/AmericanIndians/Downloads/AHCCCS\\_AIHP\\_Guide.pdf](https://www.azahcccs.gov/AmericanIndians/Downloads/AHCCCS_AIHP_Guide.pdf)