

**VCBH opera el plan de salud conductual del Condado de Ventura. Necesitamos la información a continuación para inscribirlo como miembro de ese plan.**

**Información para miembros del plan**

Primer nombre legal	Segundo nombre legal	Apellido legal	Sufijo
Nombre preferido, <i>si es diferente</i>		Pronombres	
Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Me identifico como <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro: _____	

**Información de contacto**

Dirección del hogar		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal, <i>si es diferente</i>		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico	
Prefiero hablar:	Prefiero leer materiales escritos en:	

***Las siguientes secciones son opcionales.***

Esta información nos ayuda a asegurarnos de que usted reciba la mejor atención posible.

<p><b>Raza</b></p> <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De color o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a responder	<p><b>Etnia</b></p> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Se niega a responder
--	--

**¿Es veterano de las fuerzas armadas de EE. UU.?**

Sí  
 No  
 Se niega a responder

**Información de contacto emergencia**

Por favor, háganos saber si hay alguien con quien podamos comunicarnos en caso de emergencia.

Nombre	Teléfono	Relación con el miembro del plan
Nombre	Teléfono	Relación con el miembro del plan
Nombre	Teléfono	Relación con el miembro del plan

## Información del padre, la madre o el representante legalmente autorizado

*(Necesitaremos ver prueba de identidad y su autoridad para actuar en nombre del miembro del plan)*

Primer nombre legal	Segundo nombre legal	Apellido legal	Sufijo
Nombre preferido, <i>si es diferente</i> :		Pronombres ( <i>opcional</i> )	
Relación con el miembro del plan			
<input type="checkbox"/> Padre/Madre			
<input type="checkbox"/> Tutor designado por el Tribunal			
<input type="checkbox"/> Curador nombrado por el Tribunal			

### Información de contacto, *si es diferente al miembro del plan*:

Dirección <b>residencial</b>		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección <b>postal</b> , <i>si es diferente</i> :		
Ciudad	Estado	Código postal
<b>Teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>	
<b>Prefiero hablar:</b>	<b>Prefiero leer materiales escritos en:</b>	

## Información adicional del padre, la madre o el representante legalmente autorizado

*(Necesitaremos ver prueba de identidad y su autoridad para actuar en nombre del miembro del plan)*

Primer nombre legal	Segundo nombre legal	Apellido legal	Sufijo
Nombre preferido, <i>si es diferente</i> :		Pronombres ( <i>opcional</i> )	
Relación con el miembro del plan			
<input type="checkbox"/> Padre/Madre			
<input type="checkbox"/> Tutor designado por el Tribunal			
<input type="checkbox"/> Curador nombrado por el Tribunal			
<b>Información de contacto, <i>si es diferente al miembro del plan</i>:</b>			
Dirección <b>residencial</b>			
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección <b>postal</b> , <i>si es diferente</i>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<b>Teléfono</b>	<b>Correo electrónico</b>		
<b>Prefiero hablar:</b>	<b>Prefiero leer materiales escritos en:</b>		

**Información sobre el seguro**

*(Necesitaremos ver su(s) tarjeta(s) de seguro(s))*

<b>Medi-Cal</b>	Número de identificación	Fecha de emisión	
<b>Medicare</b>	Número de identificación	Fecha de efectividad de la Parte A	Fecha de efectividad de la Parte B

**Más información sobre el seguro (1)**

Nombre de la compañía de seguros	¿Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
	¿Es una indemnización por accidentes y enfermedades laborales ( <i>Worker's Comp.</i> )? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección postal			
Número de grupo	Número del titular de la póliza	Fecha de efectividad	
Nombre del titular de la póliza		Relación con el miembro del plan de VCBH	

**Más información sobre el seguro (2)**

Nombre de la compañía de seguros	¿Se requiere autorización previa para los servicios de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
	¿Es una indemnización por accidentes y enfermedades laborales ( <i>Worker's Comp.</i> )? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección postal			
Número de grupo	Número del titular de la póliza	Fecha de efectividad	
Nombre del titular de la póliza		Relación con el miembro del plan de VCBH	

**Pago automático**

Yo mismo pagaré por los servicios.

**Método uniforme para determinar la capacidad de pago (UMDAP, por sus siglas en inglés)**  
*(Recomendado para todos los miembros del plan de VCBH)*

**Información de la persona responsable**

Nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_

Relación con el miembro del plan de VCBH \_\_\_\_\_

Dirección de facturación \_\_\_\_\_

Cantidad de dependientes \_\_\_\_\_

**Ingresos mensuales de la persona responsable**

Ingresos por empleo	USD _____	Seguro social privado o del estado (SSI)	USD _____
Ingresos por desempleo	USD _____	Beneficios de asistencia para Veteranos (VA)	USD _____
Seguro por incapacidad del estado (SDI)	USD _____	Otro	USD _____
Asistencia del seguro social (SSA)	USD _____	<b>Total</b>	<b>USD _____</b>

**Otros ingresos mensuales**

Ingresos del cónyuge/la pareja	USD _____	Otro	USD _____
--------------------------------	-----------	------	-----------

**Bienes de la persona responsable**

Ahorros	USD _____
Salvos bancarios	USD _____
Valor de mercado de las acciones	USD _____
Valor de mercado de los bonos	USD _____
Valor de mercado de los fondos mutuos	USD _____
Valor de mercado de otros activos	USD _____

**Gastos mensuales de la persona responsable**

Orden judicial	USD _____
Cuidado infantil	USD _____
Cuidado de dependientes	USD _____
Gastos médicos	USD _____
Retiro	USD _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Miembro del plan	Jefe de familia	Miembro de la familia en el hogar	Miembro de la familia fuera del hogar	Miembro de la familia extendido
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Solo para uso de la oficina: UMDAP**

Fecha de inicio:	Fecha de finalización:	UMDAP: USD _____
------------------	------------------------	------------------

## Acuerdo de pago

Acepto pagar por todos los servicios proporcionados por VCBH. La cantidad que pago se basará en la información anterior. La información que he proporcionado en este formulario es correcta. Si la información cambia, informaré los cambios a VCBH.

Si pierdo el seguro en cualquier momento durante el tratamiento, pagaré los cargos regulares de VCBH o la cantidad de mi Método Uniforme de Determinación de la Capacidad de Pago (UMDAP), lo que sea menor. Lo que pagaré se basará en mi capacidad de pago. Se requerirá una prueba de los ingresos.

Si tengo una que pagar una "participación en el costo" antes de que comience la cobertura de Medi-Cal, acepto pagar esa "participación en el costo" hoy o de acuerdo con un plan de pago.

<b>Firma de la persona responsable</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Relación con el miembro del plan</b>

## Autorización para mensajes de correo electrónico y correo de voz

Si lo desea, podemos enviarle información por correo electrónico y mensajes de voz. Algunos ejemplos son recordatorios de sus citas e información sobre programas de educación sobre la salud.

Si desea este tipo de mensajes, por favor, escriba su inicial abajo. **Esta es su decisión.** Lo que usted decida no afectará la atención que le brindemos. A muchos miembros del plan les gustan estos mensajes.

Estos mensajes no incluirán detalles clínicos o de tratamiento.

**Costo** Recibir correos electrónicos y mensajes de voz de nosotros es gratis.

**Riesgos** Enviar y recibir mensajes de correo electrónico y de voz puede poner en riesgo la privacidad y seguridad de la Información Médica Protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) sobre usted. *Algunos ejemplos de la Información Médica Protegida son* su nombre, dónde recibe tratamiento y su cobertura de seguro. Cosas que debe considerar:

- Los mensajes de correo electrónico y de voz que enviamos no están encriptados.
- Si comparte su teléfono, correo electrónico o pierde su teléfono se lo roban, alguien que no sea usted puede acceder a Información Médica Protegida sobre usted.

\_\_\_\_\_ **Autorizo a VCBH a que me envíe** (marque la(s) opción(es) que desee):

**correo electrónico**  **mensajes de voz**

- Esta autorización continuará mientras reciba tratamiento de VCBH, a menos que le informe a VCBH que he cambiado de opinión.
- Me pondré en contacto con mi proveedor de atención o equipo de tratamiento si mi número de teléfono o dirección de correo electrónico cambia o si cambio de opinión sobre los tipos de mensajes que deseo recibir.

## Uso compartido de datos, intercambio de información de salud y aplicaciones de salud de terceros

**Intercambio de información de salud:** Ventura County Behavioral Health (VCBH) participa en intercambios de información médica (HIE, por sus siglas en inglés), operado por la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California (CalMHSA, por sus siglas en inglés). A través de los HIE, los hospitales, proveedores de salud conductual, programas de salud del condado, médicos, trabajadores sociales y otros participantes de HIE que pueden proporcionarle servicios médicos o de salud conductual pueden acceder a la información sobre su atención en VCBH. Algunos tipos de información, como ciertos registros de trastornos por consumo de sustancias, no se compartirán con los participantes de HIE, a menos que usted haya firmado una autorización separada para tales divulgaciones.

**Usted puede “optar por no compartir” su información de salud a través de HIE de CalMHSA en cualquier momento comunicándose con su proveedor de atención médica o enviando un formulario de exclusión a [OptOut@calmhsa.org](mailto:OptOut@calmhsa.org). Puede encontrar el formulario de exclusión de HIE de CalMHSA aquí: <https://www.calmhsa.org/interoperability-optout/>.**

Optar por no participar evitará el intercambio futuro de su información médica de VCBH a través del HIE, pero los participantes del HIE aún pueden acceder a información sobre usted que ya haya sido compartida o mediante otras fuentes.

**Puede comunicarse con su proveedor de atención médica o equipo de tratamiento en cualquier momento para obtener ayuda con la opción de exclusión.**

### **Aplicaciones (Apps) de información de salud de terceros**

El registro médico electrónico de VCBH es “interoperable” con algunas aplicaciones de información de salud de terceros. Los materiales educativos sobre interoperabilidad y aplicaciones de terceros están disponibles en línea en <https://vchca.org/behavioral-health/client-resources/>.

**Por favor, pregunte a su proveedor de atención si desea recibir los materiales en un formato o idioma diferente sin costo para usted.**

**Aviso de prácticas de privacidad**

Un Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad (“Aviso”) cubre todos los servicios que le proporcionan la Agencia de Cuidado de la Salud del Condado de Ventura (VCHCA, por sus siglas en inglés) y los miembros de su personal médico. Se aplica al expediente médico de todos los servicios que se le prestan en el entorno de atención clínicamente integrada de VCHCA, que incluye el Centro Médico del Condado de Ventura, el Hospital de Santa Paula, las clínicas y los consultorios médicos y aquellos sitios afiliados a la Salud Pública y Salud Conductual, independientemente de si los servicios específicos son proporcionados por la fuerza laboral de VCHCA o por miembros independientes de nuestro personal médico.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida y a proporcionarle el Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. “Información de salud protegida” es información que incluye datos demográficos que pueden identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o conductual pasada, presente o futura y servicios de atención médica relacionados. Además, estamos obligados por la ley a notificarle cualquier violación de la información de salud protegida no segura que le afecte.

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y otros usos y divulgaciones autorizados o requeridos por ley. Otros usos y divulgaciones de su información de salud protegida se harán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario. El Aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. Además, el Aviso le informa sus derechos a quejarse ante nosotros o el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad.

Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos en el momento del cambio.

**Para ver el texto completo del aviso, visite <https://vchca.org/behavioral-health/client-resources/>.**

**Autorización**

**Autorizo a Ventura County Behavioral Health (VCBH) a usar y divulgar Información de Salud Protegida, que incluye información sobre el tratamiento de abuso de sustancias que recibo en VCBH, a mis proveedores de tratamiento, planes de salud, pagadores externos y personas que ayudan a operar VCBH.**

Firma	Fecha	Relación con el miembro del plan

**Manual del Beneficiario de Medi-Cal**

**Beneficiario de Medi-Cal:** su Manual del Beneficiario explica sus derechos, servicios disponibles y cómo presentar una queja o apelación. Está disponible para usted en línea en <https://vchca.org/behavioral-health/client-resources/>.

Póngase en contacto con su proveedor de atención si desea recibir el manual en un formato o idioma diferente sin costo alguno para usted.

**Derechos y responsabilidades del miembro del plan**

**Sus derechos**

Todas las personas que reciben servicios de Ventura County Behavioral Health tienen estos derechos.

1. El derecho a la privacidad como se establece en las regulaciones estatales y federales.
2. El derecho a ser tratado con respeto por el personal, los voluntarios, los miembros de la junta y otros.
3. El derecho a ser informado de todo sobre el tratamiento recomendado. Esto incluye la elección de no recibir tratamiento, los riesgos del tratamiento y los resultados esperados.
4. El derecho a recibir tratamiento por personal calificado.
5. El derecho a recibir tratamiento basado en pruebas, individualizado y basado en resultados durante el tiempo que se autorice.
6. El derecho a recibir tratamiento para afecciones concurrentes de salud conductual al mismo tiempo, si es médicamente apropiado.
7. El derecho a la atención ética como lo exige la ley.
8. El derecho a estar libre de abuso verbal, emocional, físico y de comportamiento sexual inapropiado.
9. El derecho a saber cómo presentar una queja o apelar un alta.
10. El derecho a no ser discriminado por motivos de origen étnico, religión, edad, sexo, color, preferencia sexual o discapacidad.
11. El derecho a acceder a los registros médicos personales, excepto en algunas circunstancias limitadas según lo permita la ley.
12. El derecho a preguntar sobre ayuda financiera y obtener ayuda para encontrar esta información.
13. El derecho a asistir a servicios o actividades religiosas dentro o fuera de la instalación y a recibir visitas de un asesor espiritual, si estos no interfieren con los requisitos del tratamiento, programa o centro.

**Sus responsabilidades**

Todas las personas que reciben servicios de Ventura County Behavioral Health (VCBH) tienen estas responsabilidades.

1. Debe tratar a todos los proveedores y al personal con cortesía y respeto.
2. Debe ser puntual para las visitas o llamar a la oficina del proveedor al menos 24 horas antes de la visita para cancelar o reprogramar.
3. Debe dar información correcta y actual a los proveedores y VCBH.
4. Debe trabajar con el equipo de tratamiento para desarrollar y acordar objetivos, hacer todo lo posible para comprender sus problemas de salud conductual y seguir los planes de tratamiento y las instrucciones del equipo de tratamiento.
5. Debe llamar al 988 o a la Línea de Crisis de VCBH al 1-866-998-2243 para obtener ayuda inmediata de salud conductual. Debe llamar al 911 para emergencias médicas o de seguridad.
6. Puede presentar cualquier queja o apelación a VCBH llamando al 1-888-567-2122.

**Por favor, pida a su proveedor de atención si desea obtener una copia de estos derechos y responsabilidades o recibirlos en un formato o idioma diferente sin costo para usted.**

Firma	Fecha	Relación con el miembro del plan