

# MANUAL PARA PACIENTES Y RECONOCIMIENTO DEL VIDEO DE ORIENTACIÓN

## ¿QUÉ ES EL MANUAL DEL PACIENTE Y EL VIDEO DE ORIENTACIÓN?

El Manual del Paciente le brinda una explicación completa sobre los beneficios del tratamiento para el trastorno por Abuso de sustancias, según el plan de Atención Especializada en Trastorno por Abuso de Sustancias del Condado de Los Ángeles (o "Plan del Condado"), que incluye: quién es elegible y qué servicios están disponibles sin ningún costo. Adicionalmente, su proveedor de tratamiento tendrá disponible una copia impresa gratuita del Manual del Paciente en letra grande y en varios idiomas o puede descargarlo en <http://publichealth.lacounty.gov/sapc/>.

El video de Orientación del Paciente resume, de manera sencilla, el Manual del Paciente y describe los beneficios principales que le ofrece el Plan del Condado.

## SUS DERECHOS

Como miembro elegible del Plan del Condado, tiene derecho a recibir los servicios médicamente necesarios para el tratamiento por abuso de sustancias. También tiene derecho a:

- ▶ No ser víctima de abuso verbal, emocional, sexual o físico.
- ▶ Que su información de salud se mantenga protegida y privada.
- ▶ Participar en las decisiones relacionadas con su cuidado, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- ▶ Recibir información sobre las opciones y alternativas de los tratamientos disponibles, de una manera que sea fácil de entender.
- ▶ Presentar una queja (o reclamo)
- ▶ Ser libre de ejercer estos derechos sin que afecte negativamente la forma en que sea tratado médicamente.

## DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles, Substance Abuse Prevention and Control (SAPC), y sus proveedores de tratamientos contratados cumplen con las leyes vigentes de los derechos civiles federales y estatales de no discriminación. Puede informar sobre cualquier violación de las leyes anteriormente mencionadas al Plan del Condado utilizando la información de contacto proporcionada en la página siguiente.

## SERVICIOS DE TRATAMIENTO GRATUITO

Como miembro elegible del Plan del Condado, su proveedor de tratamiento no puede solicitarle un pago por proporcionar ningún servicio descrito en el Manual del paciente. Esto significa:

- ▶ Sin cargos
- ▶ Sin depósitos
- ▶ Sin costos de ningún tipo, a menos que así lo requiera su beneficiario de Medi-Cal.

## QUEJAS/RECLAMOS Y APELACIONES

Si siente que ha sido maltratado o se le ha negado un servicio mencionado en el Manual del Paciente, puede presentar una queja. Si no está de acuerdo con una decisión tomada sobre su tratamiento, puede apelar la decisión.

La presentación de una apelación o queja no afectará negativamente su tratamiento o los servicios que está recibiendo. Puede presentar una apelación o queja ante el Plan del Condado o el Proveedor de Red por correo electrónico, correo postal, teléfono o fax.

## INFORMACIÓN DEL CONTACTO

### Plan del condado

Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control  
1000 South Fremont Avenue, Building A-9 East, 3rd Floor  
Alhambra, California 91803  
SAPCMonitoring@ph.lacounty.gov  
(Phone) 1-888-742-7900 | (Fax) 1-626-458-6692

Formularios disponibles en:

<http://publichealth.lacounty.gov/sapc/PatientPublic.htm>

### Información de Contacto del Proveedor de Tratamiento

Enter Agency Name

Enter Contact (Division or Person)

Enter Email Address

Enter Street Address

Enter City, State, Zip

Enter Agency Website OR SAPC Website

(Phone) 1-000-000-0000

(Fax) 1-000-000-0000

Formas disponible en:

Enter Agency Website OR SAPC Website

## RECONOCIMIENTO

- (1) He recibido una copia de este formulario, Y
- (2) Fui informado sobre mis beneficios del tratamiento del Plan del Condado (marque todos los que correspondan):
  - Vi el video de Orientación del Manual del Paciente
  - Se me mostró cómo encontrar el Manual del Paciente en el sitio web del Plan del Condado
  - Mi proveedor de tratamiento me explico sobre los beneficios en el Manual del Paciente

### Paciente:

Nombre Impreso

Firma

Fecha (mes/día/año)

### Provider Staff:

Print Name

Signature

Date (mm/dd/yyyy)

Updated: 01.2020