

DERECHOS DE LOS CLIENTES EXTERNOS DE PRSN
(Revised 1/2012)

_____ es un centro de salud mental con autorización estatal. Los clientes y posibles clientes y/u otros legalmente responsables tienen los siguientes derechos cuando solicitan servicios de _____.

1. El derecho de recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas presentadas de manera apropiada para la condición y capacidad de entender del inscrito.
2. El derecho de participar en las decisiones con respecto a su atención a la salud, incluyendo el derecho a rechazar cualquier tratamiento propuesto, de acuerdo con los Capítulos 71.05 y 71.34 del Código Revisado de Washington (RCW) y Código de Reglamentos Federales (CFR) 438.100(iv).
3. El derecho de estar libre de cualquier forma de reclusión o aislamiento que se use como una forma de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, como se especifica en otros reglamentos federales sobre el uso de restricción y aislamiento.
4. El derecho de recibir atención y tratamiento apropiados, empleando las alternativas menos restrictivas que se dispongan.
5. El derecho de ser tratado con respeto, dignidad y privacidad.
6. El derecho de recibir un tratamiento que no sea discriminatorio y sea sensible a las diferencias de raza, cultura, idioma, género, edad, origen nacional, incapacidad, estado civil, orientación sexual y capacidad para pagar.
7. El derecho de estar libre de cualquier explotación o acoso sexual.
8. El derecho de solicitar una segunda opinión de un profesional de salud calificado, sin costo alguno.
9. El derecho de recibir los servicios de un intérprete titulado en idiomas o en el lenguaje de signos documentos escritos en formatos alternativos de adaptación incapacidad, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles.
10. El derecho de planificar para su atención y estar involucrado en la creación de su plan de tratamiento individual que atienda sus necesidades únicas.
11. El derecho de recibir acceso directo a los profesionales de salud mental para los beneficiarios con necesidades especiales de atención a la salud.
12. El derecho a la confidencialidad y privacidad de toda la información y registros, como se especifica en los estatutos pertinentes [Capítulos 70.02, 71.05 y 71.34 del Código Revisado de Washington (RCW) y 45, 160 y 164 del Código de Reglamentos Federales (CFR)].
13. El derecho de revisar y recibir una copia de su registro de caso y a que se le dé la oportunidad de hacer enmiendas o correcciones.
14. El derecho de recibir una explicación de todos los medicamentos recetados, incluyendo los efectos esperados y posibles efectos colaterales.
15. El derecho de esperar que cualquier investigación en la que usted esté de acuerdo en participar se haga de acuerdo con todas las leyes vigentes, incluyendo las normas de DCFS sobre la protección de los seres humanos sujetos a investigación, como se especifica en el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-04.
16. El derecho de elegir a un proveedor de atención primaria para pacientes externos en el momento de la inscripción, a cambiar su proveedor de atención primaria en el transcurso de

los primeros 90 días y una vez durante cualquier período de 12 meses, por cualquier razón, y en cualquier momento por un motivo justificado [Código Administrativo de Washington (WAC) 388-865-0345].

17. El derecho de hacer una instrucción por anticipado, manifestando su elección y preferencia con respecto a su tratamiento de salud física y mental, si no puede tomar decisiones con conocimiento de causa.
18. Si usted es elegible para Medicaid, el derecho de recibir todos los servicios que sean médicamente necesarios para cubrir sus necesidades. En caso de que exista un desacuerdo, usted tiene derecho a una segunda opinión de:
 - a. Un proveedor dentro de la red regional de apoyo acerca de cuáles servicios son médicamente necesarios; o
 - b. Para los consumidores no inscritos en un plan de salud prepagado, un proveedor para contrato con la división de salud mental.
19. Mientras sea un beneficiario de Medicaid, no se le facturará por los servicios cubiertos por Medicaid.
20. El derecho de presentar un reclamo de la agencia o una queja de PRSN con la oficina de Ombuds, PRSN o el proveedor, si considera que se han violado sus derechos. Si presenta un reclamo de la agencia o una queja de PRSN, estará libre de cualquier acto de represalia. La oficina de servicio de Ombuds podría, a su solicitud, ayudarle a presentarla. El número de teléfono de servicio de Ombuds es el 1-888-377-8174.
21. El derecho de tener un proveedor de salud mental o una agencia de la red que le aconseje y abogue por usted con respecto al Código de Reglamentos Federales (CFR) 438.102(i-iv), sin restricción de PRSN.
22. El derecho de presentar una audiencia administrativa con DSHS, sin acceder primero al proceso de reclamos del contratista. Use los procesos de pre-audiencia y audiencia administrativa de DSHS, como se describe en el capítulo 388-02 del Código Administrativo de Washington (WAC).
23. El derecho de una apelación de Notificación de Acción para cualquier denegación, finalización, suspensión de servicios y para continuar recibiendo servicios al menos hasta que su apelación haya sido escuchada por un juez de la audiencia justa. Para presentar una apelación usted puede:
 - a. Ponerse en contacto con la oficina de servicio de Ombuds, o de tener un defensor, en la presentación de una apelación y durante todo el proceso de apelación
 - b. Presentar una Apelación de PRSN con el PRSN, llamando al 1-800-525-5637
 - c. Solicitar una Audiencia Justa, escribiendo a la Oficina de Audiencias Administrativas, Apartado de Correo 42488, Olympia, WA 98504-2488
24. El derecho de solicitar una audiencia administrativa si usted cree que alguna regla de WAC 388-865 se aplicó incorrectamente a su caso.
25. Para ejercer libremente todos y cada uno de los derechos sin que afecten adversamente el tratamiento por el proveedor, la Península Regional Support Network o la División de Salud Mental.

He leído estos derechos del cliente y doy mi consentimiento para recibir tratamiento en _____ (agency name).

Firma del cliente: _____ Fecha: _____