



# Manual del cliente



**THE CALL LINE**  
**(LÍNEA DE CRISIS)**

**1-877-500-9997**

# ¿Qué es SCLHSA?

South Central Louisiana Human Services Authority (SCLHSA) es una entidad gubernamental local que fue establecida por el acto legislativo 449 en 2006 y tiene un contrato con el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) con el fin de prestar servicios para trastornos por adicciones, discapacidades del desarrollo y servicios de salud mental a los residentes de las parroquias Assumption, Lafourche, St. Charles, St. James, St. John the Baptist, St. Mary y Terrebonne.

## Filosofía de la salud conductual

La estrategia principal de SCLHSA es maximizar las oportunidades para que todos los clientes logren su mejor calidad de vida posible. El objetivo de este proceso es controlar sus adicciones y guiarlos para que asuman un papel activo y responsable en su proceso de recuperación. Existe la suposición inherente a esta filosofía de que cada individuo posee el potencial para curarse a sí mismo y hacer cambios positivos en su conducta y su vida.

El componente de evaluación es el punto de partida para todos los servicios de salud conductual de SCLHSA. En el proceso de evaluación, se aplica un enfoque centrado en la persona para recopilar información del cliente e información colateral, que se usan para elaborar un plan de atención adecuado que incorpore servicios ambulatorios internos o derivaciones externas a servicios apropiados en la comunidad.

El tratamiento se basa en el proceso de recuperación. El objetivo de este proceso es guiar a los clientes a fin de que comprendan el potencial que tienen para curarse a sí mismos intercediendo por el cliente, los miembros de la familia y otros individuos, y colaborando con ellos. Esta colaboración forma una red de apoyo, permitiendo que los clientes hagan cambios positivos y manejen su comportamiento de manera que puedan alcanzar una calidad de vida del nivel más alto posible.

## Tabla de contenido

|  |    |
|--|----|
| Orientación para los servicios   | 2  |
| Declaración de derechos del cliente  | 4  |
| Consentimientos y acuses de recibo   | 5  |
| Consentimiento informado   | 6  |
| Contrato de tratamiento  | 6  |
| Declaración financiera   | 7  |
| Prácticas de privacidad y confidencialidad   | 8  |
| Cómo revisar las políticas de privacidad de SCLHSA   | 13 |
| Servicios de atención primaria   | 14 |
| Servicios para discapacidades del desarrollo   | 14 |
| Medicamentos para el trastorno por consumo de opioids (MTCO) &<br>Medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol (MTCA) | 14 |
| Portal para pacientes/aplicación Healow  | 15 |

# Orientación para los servicios

## I. Instalaciones:

- Las ubicaciones de las salidas de emergencia, las rutas de evacuación y el refugio interno están publicadas en cada pasillo, oficina, vestíbulo o puerta.
- Hay extintores en las áreas designadas por el jefe de Bomberos del estado.
- Hay botiquines de primeros auxilios a su disposición cuando los necesite.

## II. Código de ética:

- El personal debe cumplir con el Código de conducta de SCLHSA. Cada profesión tratante (consejeros, especialistas en apoyo entre pares, profesionales de enfermería, médicos) tiene sus propios códigos de ética y de conducta que también debe seguir. El Código de ética no permite que el personal acepte regalos o tenga una relación con los clientes aparte de la relación profesional. Acuda al personal si desea recibir información adicional sobre este tema.

## III. Tratamiento obligatorio:

- Si está obligado a recibir tratamiento, se le pide que firme una autorización de divulgación de información con el fin de informar a la fuente de derivación sobre el progreso de su tratamiento, lo que incluye la asistencia al tratamiento y su cumplimiento.

## IV. Expectativas para el cliente:

- Respetar las reglas del programa.
- Participar en la elección de las metas y los servicios del tratamiento para mejorar sus resultados.
- Trabajar para lograr las metas, los objetivos y las intervenciones desarrollados en el plan individualizado centrado en la persona.
- Identificar a los miembros de la familia, amigos y grupos de apoyo que puedan participar y ayudarlo durante su tratamiento y después de él.
- El padre/tutor debe estar presente durante todas las citas de niños.

## V. Conductas restringidas/reglas del programa:

- No se permiten las amenazas, la intimidación, los ataques verbales o la conducta violenta dirigidos hacia cualquier persona. Tal conducta puede dar lugar a restricciones en el uso de las instalaciones, el alta administrativa, la transferencia a otras agencias o el involucramiento de la policía. SCLHSA no aplica prácticas de reclusión o restricción, pero sí aplica prácticas de intervención no violenta en crisis, incluidas las sujeciones terapéuticas.
- No se permite tener armas/armas de fuego, incluidos cuchillos, en las instalaciones.
- Este es un centro libre de tabaco. Los productos de tabaco no están permitidos en la propiedad del centro. Esto incluye tabaco sin humo y productos de vapeo.
- El alcohol y las drogas ilegales no están permitidos en las instalaciones.
- No deben traerse medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas, hierbas y cualquier otro medicamento legal, a menos que sea medicamento necesario o lo solicite el personal. Si se traen tales artículos al centro, deben estar en su botella o empaque original, y permanecer en manos de su propietario.
- Debe respetarse la confidencialidad. Si revela el nombre o la identidad de cualquier otro cliente, puede ser excluido del programa.

- Cuando participe en un grupo, debe respetar a los otros miembros y escucharlos sin distraer ni interrumpir.
- Debe tomar sus medicamentos según las indicaciones. Si utiliza mal su medicamento, puede quedar sujeto a una restricción de los servicios o al alta.
- Debe vestirse apropiadamente cuando venga a la clínica. Debe usar zapatos y camisa. No se permite el uso de vestimenta reveladora (pantalones cortos, camisetas sin mangas, blusas de cuello halter, pantalones cortos recortados, camisas transparentes o ajustadas). No debe usar ropa que muestre obscenidades o promocióne actos ilegales, parafernalia de drogas, alcohol, tabaco o juegos de azar.
- Puede encontrar reglas adicionales del programa, incluida la duración del tratamiento, en el contrato de tratamiento o en el plan centrado en la persona, que se basan en el servicio/programa específico que está recibiendo.
- Si no cumple con las reglas de la clínica, con el contrato de tratamiento o con el plan centrado en la persona, es posible que se lo dé de alta de la clínica o se lo transfiera/derive a un programa/centro/nivel de atención más apropiado.

#### **VI. Readmisión al tratamiento:**

- Una vez que se lo dé de alta del tratamiento, puede solicitar ser admitido nuevamente. La determinación de readmisión se basará en evidencia observable o documentada.

#### **VII. Facturación y tarifas:**

- Las tarifas se evalúan y se cobran al momento de la prestación del servicio. Los servicios facturables incluyen, entre otros: evaluaciones, exámenes/evaluación médicos, consejería (individual, grupal, familiar o de pareja), evaluación psiquiátrica, administración de medicamentos y exámenes de orina.
- Aceptamos Medicare, Medicaid y seguros comerciales. Debe traer un comprobante de seguro en su primera visita, cuando se produzcan cambios en su compañía de seguros y cada año. Las tarifas de servicio se facturarán a su compañía de seguros. Usted es responsable de los cobros no cubiertos por su compañía de seguros. Es posible que algunas compañías de seguros no cubran todos los servicios brindados por todos los proveedores.
- A nadie se le negará el acceso a los servicios por no poder pagar
- Si no tiene seguro, las tarifas se determinan utilizando una escala móvil de tarifas. El costo del servicio se basa en los ingresos del hogar y la cantidad de dependientes. Debe traer un comprobante de ingresos en su primera visita. Si no trae un comprobante de ingresos en su primera visita, se le cobrará la tarifa completa de costo a su cargo por el servicio hasta que proporcione el comprobante de ingresos. El comprobante de ingresos también determina el costo de los medicamentos y de los exámenes de orina, y la elegibilidad para los programas de asistencia al paciente, según corresponda.
- Hay planes de pago disponibles. Si se niega a pagar o no cumple con el pago de las tarifas de servicio, es posible que se le dé de alta del programa.

#### **VIII. Evaluación:**

- La evaluación es una entrevista estructurada entre usted y un miembro del personal capacitado, en la que se analizan áreas de su vida como la salud física, la educación, el empleo, la familia, el ámbito social, el aspecto legal, el alcohol y las drogas, y la salud mental. Su propósito es ayudar a determinar qué servicios satisfarán mejor sus necesidades. También puede recibir información sobre servicios dentro de la comunidad que pueden servirle de ayuda.

#### **IX. Plan centrado en la persona:**

- En el plan centrado en la persona, se enumeran las metas en las que le gustaría trabajar mientras está en tratamiento. Le sirve como guía y contiene sus objetivos y las intervenciones que deberá seguir para cumplir con sus metas. El miembro del personal capacitado lo ayudará a elaborar este plan en la evaluación y lo revisará con usted según lo determinado en los requisitos del programa.

#### **X. Persona de contacto:**

- Su persona de contacto será un consejero o un profesional de enfermería, y se le asignará en la evaluación.

#### **XI. Directiva anticipada:**

- Hay información y formularios disponibles para las directivas anticipadas de salud conductual. Si esto es de su interés, consulte con su consejero.

# Declaración de derechos del cliente

Como cliente que recibe servicios, goza de ciertos derechos, incluidos los siguientes:

## I. Divulgación de información.

- ✓ Recibir una explicación detallada de estos derechos de tal manera que pueda entenderlos al momento de la admisión.
- ✓ Recibir una copia de estos derechos cada año.

## II. Elección de proveedores y planes.

- ✓ Aceptar o rechazar el tratamiento/la medicación en el centro (a menos que la ley lo restrinja de manera específica).
- ✓ Cambiar de opinión sobre el tratamiento en cualquier momento (a menos que la ley lo restrinja de manera específica).
- ✓ Ser informado con anticipación sobre todos los cargos estimados y de cualquier limitación en la duración de los servicios.

## III. Participación en las decisiones de tratamiento.

- ✓ Ser informado sobre la afección por la que debe tratarse.
- ✓ Ser informado sobre los riesgos, los beneficios y los efectos secundarios de todos los tratamientos y medicamentos propuestos.
- ✓ Recibir información sobre las posibles consecuencias para la salud física y la salud mental de rechazar el tratamiento.
- ✓ Ser informado sobre otros tratamientos disponibles que pueden ser apropiados para usted.
- ✓ Ser informado sobre los criterios de transición y alta del programa al que está ingresando.
- ✓ Recibir un tratamiento adecuado en el entorno menos restrictivo posible que satisfaga sus necesidades.
- ✓ Participar en la elaboración de un plan diseñado para satisfacer sus necesidades de tratamiento.
- ✓ Si no puede participar plenamente en las decisiones de tratamiento, tiene derecho a ser representado por sus padres, tutores o miembros de la familia.
- ✓ Rechazar medicamentos innecesarios o excesivos.

## IV. Responsabilidades del consumidor.

- ✓ Seguir las reglas y expectativas del programa según se describen en su contrato de tratamiento o plan centrado en la persona.
- ✓ Informar al personal y proporcionar una copia de las directivas anticipadas, si corresponde.
- ✓ Informar al personal sobre cualquier posible riesgo ambiental, físico o de otro tipo y recibir información sobre las medidas adoptadas para corregir el riesgo.

## V. Acceso a servicios de emergencia.

- ✓ Comunicarse con la clínica en cualquier momento para hablar con su consejero/profesional de enfermería/trabajador social asignado.
- ✓ Ponerse en contacto con la línea de enlace de asistencia en casos de crisis CALL (Crisis Assist Link Line) después del horario de oficina llamando al **1-877-500-9997**.
- ✓ Comunicarse con la línea de ayuda de control de intoxicaciones al 1-800-222-1222 o en PoisonHelp.org.



## VI. Respeto y no discriminación.

- ✓ Ser tratado con dignidad y respeto.
- ✓ No ser sometido a abusos, negligencia, humillación, explotación financiera o de otro tipo, o represalias.
- ✓ Recibir atención sin que se lo discrimine por motivos de edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, nacionalidad, religión, orientación sexual o identidad de género.
- ✓ Un entorno humano que proporcione una protección razonable contra daños y una privacidad adecuada.
- ✓ Disponer de los servicios de comunicación necesarios, como servicios de interpretación o de retransmisión telefónica.

## VII. Confidencialidad de la información de salud.

- ✓ Tiene derecho a que se mantenga la confidencialidad de su información personal.
- ✓ Salvo que lo exija la ley, no se divulgará ni solicitará ninguna información, escrita o verbal, sobre usted o su familia sin una autorización de consentimiento válida. La información puede divulgarse sin su consentimiento si planea hacerse daño a sí mismo, si planea dañar a otra persona, si está gravemente discapacitado, si ha abusado de un niño/anciano, si es un niño/anciano que está siendo abusado, si ha cometido un delito en las instalaciones o contra el personal, o si lo ordena un tribunal.
- ✓ Solicitar una copia o revisar su propia historia médica. Usted es responsable de los costos relacionados con la copia de la historia médica.

## VIII. Quejas y apelaciones.

- ✓ Presentar una queja ante un supervisor o director clínico sin temor a que haya represalias.
- ✓ Recibir una respuesta justa dentro de un plazo razonable, según se describe en la política de quejas/reclamos.
- ✓ Recibir la política y el proceso para presentar una queja inmediatamente después de la solicitud.

# Consentimientos y acuses de recibo

## **Declaración de derechos y responsabilidades del cliente, consentimiento informado y orientación para los servicios:**

Confirmando que he leído y comprendido la información, y que me ofrecieron una copia del manual del cliente.

## **Autorización para el uso del número del Seguro Social:**

SCLHSA usa la fecha de nacimiento, el nombre y apellido, y los números de historia médica como forma de verificación primaria; sin embargo, en ocasiones, puede ser necesario usar los números del Seguro Social como recurso de verificación. Por la presente, doy mi consentimiento para que SCLHSA verifique y use mi número del Seguro Social como identificación para fines de mantenimiento de registros.

## **Regulaciones de confidencialidad estatales y federales:**

En el aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA y la información de confidencialidad federal que se encuentran en el manual del cliente, se le explica cómo SCLHSA usa y divulga información sobre usted. No pueden describirse todas las situaciones. Estamos obligados a entregarle un aviso de nuestras prácticas de privacidad para la información que recopilamos y guardamos sobre usted.

## **Aviso de prácticas de privacidad:**

SCLHSA cumple con todos los requisitos de confidencialidad estatales y federales aplicables, incluidas, entre otras, las disposiciones de las reglas de privacidad, seguridad, cumplimiento y notificación de infracciones de la HIPAA, que se encuentran en el título 45 del C.F.R., partes 160 y 164. SCLHSA utiliza salvaguardas administrativas, técnicas y físicas para proteger la confidencialidad de los datos y evitar el uso o acceso no autorizado a ellos.

## **Confidencialidad de los trastornos por consumo de sustancias:**

SCLHSA cumple con las leyes y regulaciones federales con respecto a las disposiciones de confidencialidad de los registros de clientes con problemas de abuso de alcohol y drogas (codificados en el título 42 del U.S.C., 290dd-2, y en el título 42 del C.F.R., parte 2), y establece salvaguardas apropiadas que protegen la confidencialidad de los registros de los pacientes.

## **Tratamiento integrado:**

Entiendo que me pueden ofrecer servicios de atención primaria como parte de mi tratamiento integrado. Entiendo que SCLHSA facturará a mi seguro por los servicios de atención primaria y que yo seré responsable de cualquier saldo restante. Entiendo que se me exigirá pagar una tarifa de \$15.00 antes de la prestación de los servicios si no tengo ninguna cobertura de seguro. Entiendo que pueden ofrecerme medicamentos de atención primaria para los que se requiere abonar una tarifa administrativa. Si elijo no pagar, recibiré una receta. Entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios de atención primaria.

## **Historial de medicamentos recetados:**

Entiendo que SCLHSA puede solicitar mi historial de medicamentos recetados a otros proveedores de atención médica o pagadores de beneficios de farmacia externos, y usarlo para fines de tratamiento.

## **Datos médicos externos:**

Estoy de acuerdo en participar en el programa Carequality, con lo que se permite a mis proveedores acceder a mis datos médicos externos, incluidos, entre otros, listas de problemas, alergias, medicamentos, vacunas e historias médicas. He indicado que quiero que mi proveedor envíe o reciba mi información. Entiendo que puedo rescindir esta aprobación en cualquier momento.

## **Bloqueo de información:**

SCLHSA cumple con las reglas de bloqueo de información. Tenga en cuenta que es posible que reciba los resultados de sus pruebas de laboratorio antes de que su proveedor pueda revisarlos.

## **Elección caritativa:**

SCLHSA no está afiliada a una organización religiosa y no se identifica como un programa basado en la fe. Sin embargo, si se hace una derivación externa a cualquier organización que pueda tener una afiliación religiosa o basada en la fe, se aplicará lo siguiente:

- a. El proveedor no utilizará fondos para actividades relacionadas con el culto, la enseñanza religiosa y el proselitismo.
- b. Si una organización lleva a cabo tales actividades, debe ofrecerlas en un momento o lugar separados de los programas o servicios para los cuales recibe fondos de SAPT, y la participación debe ser voluntaria para los beneficiarios del programa.
- c. Si el proveedor es una organización religiosa o un programa basado en la fe, la agencia separa los fondos federales de los fondos no federales.
- d. Si el proveedor es una organización religiosa o un programa basado en la fe, la agencia somete los fondos federales a una auditoría por parte del Gobierno y tiene una copia de su auditoría financiera para el año de contrato inmediatamente anterior o el actual.
- e. Si el proveedor es una organización religiosa o un programa basado en la fe, tiene procedimientos establecidos para garantizar que no se practiquen acciones discriminatorias cuando se prestan servicios (incluidas las actividades de divulgación) al cliente por motivos de religión, creencias religiosas, negativa a mantener una creencia religiosa y negativa a participar activamente en una práctica religiosa.
- f. Si el proveedor es una organización religiosa o un programa basado en la fe, tiene procedimientos establecidos para garantizar que se notifique

# Consentimiento informado

- ✓ La admisión al tratamiento es voluntaria. Usted es libre de aceptar o rechazar cualquier tipo especial de tratamiento, incluidos los procedimientos de diagnóstico, la participación en proyectos de investigación o la hospitalización, a menos que se determine que es una amenaza para usted mismo o para los demás o que posee una discapacidad grave.
- ✓ Si ha sido derivado para recibir servicios por una agencia (incluido el sistema judicial) que requiere documentación de su asistencia, participación o progreso, solo se divulgará la información que usted nos autorice a divulgar. Cuando firme la autorización para la divulgación de información, se explicará la información específica que se proporcionará a la agencia de derivación.
- ✓ El tratamiento se proporciona de forma ambulatoria y puede incluir uno o más de los siguientes elementos: evaluación, educación, consejería y/o psicoterapia, medicamentos, exámenes de orina, exámenes médicos, etc. La consejería y la psicoterapia pueden ofrecerse de forma individual, con miembros de la familia o en grupos.
- ✓ Los servicios serán prestados por el personal con las mejores calificaciones para satisfacer sus necesidades, entre los que pueden incluirse trabajadores sociales, consejeros, profesionales de enfermería o médicos.
- ✓ La eficacia de su tratamiento dependerá de su cumplimiento de todas las recomendaciones de tratamiento, que pueden incluir derivaciones a otras agencias para evaluación y tratamiento, y la participación en grupos de autoayuda y servicios de representación.
- ✓ Si solicita servicios de salud mental, se le recomienda encarecidamente que consulte con su médico antes de comenzar el tratamiento de salud mental, ya que los síntomas psiquiátricos pueden deberse a problemas físicos subyacentes.
- ✓ Si usted ya no es apto para el tratamiento ambulatorio, se le puede recomendar un nivel alternativo de atención.
- ✓ Si tiene un pariente o amigo cercano que trabaja en el lugar en el que recibe tratamiento, háganoslo saber y tomaremos precauciones adicionales para garantizar que se respete su privacidad.

## Contrato de tratamiento

**ENTIENDO MIS DERECHOS COMO CLIENTE. ENTIENDO QUE LOS INFORMES DE ESTADO PUEDEN ENVIARSE A MI FUENTE DE DERIVACIÓN SEGÚN SEA NECESARIO/SOLICITADO. ACEPTO CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES PAUTAS:**

**1. Llegar a tiempo a todas las citas programadas.**

Si llega tarde sin ponerse en contacto con la clínica antes de la sesión, es posible que no se le permita participar en ese grupo/cita.

**2. Asistir a todas las citas programadas.**

- Si necesita cancelar o reprogramar una cita, debe hablar con su consejero o profesional de enfermería.
- Si cancela o no asiste a dos citas consecutivas, o asiste de forma irregular, es posible que el personal deba reunirse para determinar las recomendaciones de tratamiento.
- Si no asiste a una cita con su psiquiatra, no recibirá medicamentos ni una receta hasta que vuelva a ver a este profesional.
- Si no asiste a su cita de evaluación médica, es posible que se le asigne la responsabilidad de proporcionar una evaluación médica de su médico de atención primaria, si corresponde.

**3. Servicios de apoyo.**

- Se pueden recomendar derivaciones a otras agencias para necesidades específicas, además de los servicios de consejería.
- Esto puede incluir recomendaciones para asistir a reuniones de 12 pasos o a otras reuniones de apoyo para la recuperación, someterse a pruebas de detección de consumo de alcohol y exámenes de orina.

**4. Se espera que pague en cada visita.**

- Los pagos deben realizarse al menos una vez al mes.
- Se aceptan seguros privados, Medicaid y Medicare.
- El saldo total debe pagarse antes de obtener un certificado de finalización, si corresponde.



# DECLARACIÓN FINANCIERA

Nosotros, el personal de **South Central Louisiana Human Services Authority (SCLHSA)**, le agradecemos por elegirnos como su proveedor de atención médica. Consideramos que es un privilegio atender sus necesidades y estamos comprometidos a brindarle el más alto nivel de atención y construir una relación exitosa entre proveedor y paciente con usted y su familia.

Creemos que es vital que comprenda la responsabilidad financiera de nuestros pacientes para la relación entre proveedor y paciente, y nuestra meta es no solo informarle de los aspectos provisionales de esa política financiera, sino también mantener abiertas las líneas de comunicación con respecto a este tema. Somos conscientes de que los problemas financieros temporales pueden afectar el pago puntual de su cuenta. Si en algún momento tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a nuestras tarifas, políticas o responsabilidades, o necesita ayuda para administrar su cuenta, no dude en comunicarse con el Departamento de Facturación al (985) 857-3748. Nuestra meta es brindar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes y creemos que este nivel de comunicación y cooperación nos permitirá seguir haciéndolo.

- I. Entiendo que el pago de los servicios es una parte importante de la relación entre proveedor y paciente. SCLHSA hace que los pagos sean lo más convenientes posible al aceptar dinero en efectivo, giros postales, tarjetas de crédito y cheques personales. Los pagos también pueden recibirse por teléfono.
- II. Entiendo que se impondrá una **tarifa NSF de \$25.00** por los cheques devueltos por fondos insuficientes.
- III. Entiendo que, si no tengo seguro, debo presentar un comprobante de ingresos. El pago de los servicios vencerá en el momento de la prestación del servicio, a menos que el personal de SCLHSA haya aprobado por adelantado un acuerdo de pago.
- IV. Entiendo que, cuando se trata de seguros, SCLHSA tiene la obligación contractual de cobrar copagos, coseguros y deducibles según lo señalado por mi compañía de seguros. Al aceptar información del seguro, SCLHSA también requiere una identificación con foto.
- V. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar todos los comprobantes necesarios de elegibilidad de seguro, identificación, autorización e información de derivación, y notificar a la oficina de SCLHSA de cualquier cambio en la información cuando ocurra. Incluso la autorización previa de los servicios no garantiza el pago de mi compañía de seguros. Si no proporciono toda la información requerida, es posible que deba asumir todos los costos.
- VI. Entiendo que, para que alguien pueda facturar directamente a Medicare, Medicaid u otras compañías de seguros por mi atención médica como paciente hospitalizado/ambulatorio, debo dar mi permiso.  
Por la presente, asigno, transfiero y entrego a South Central Louisiana Human Services Authority o al Departamento de Salud de Luisiana (LDH), según su interés, todos los beneficios médicos que ahora se me deben o se me deberán en virtud de los términos de cualquier cobertura de seguro de terceros a la que actualmente tengo derecho o a la que tendré derecho en el futuro, bajo los términos de la póliza descrita. Por la presente, ordeno a cualquier entidad de seguros externa cuyos beneficios se me deben o se me deberán, incluidos Medicare, Medicaid o compañías de seguros comerciales, que paguen dichos beneficios directamente al centro mencionado anteriormente por los servicios prestados por la clínica.  
Acepto asumir la responsabilidad por las tarifas asociadas a los servicios que se me han prestado o por cualquier tarifa que pueda no estar cubierta por mi compañía de seguros u otra parte responsable. Entiendo que mi seguro ha establecido las reglas administrativas y los estándares de necesidad médica para los servicios que recibo. Entiendo que es posible que deba pagar por los servicios si mi seguro decide que no son médicamente necesarios o que no son un beneficio cubierto. Entiendo que la tarifa por los servicios prestados puede variar según el proveedor y que no todas las credenciales de consejería están cubiertas por mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable del pago si firmo un acuerdo con mi proveedor antes de que se presten los servicios.
- VII. Entiendo que cualquier servicio de laboratorio solicitado, incluidos los exámenes de detección de drogas en orina, puede ser realizado por **Labcorp** en su calidad de laboratorio contratado de SCLHSA. Entiendo que estos servicios son mi responsabilidad y que será el personal de Labcorp quien emitirá directamente cualquier factura, pago o plan de pago y con quien se harán los arreglos correspondientes.
- VIII. Entiendo que, según corresponda, se impondrá una **tarifa de \$10.00** por cada día de prestación de servicios si los estoy recibiendo debido a una primera condena o una reincidencia por conducción en estado de embriaguez. El pago de los servicios se debe realizar en el momento de la prestación del servicio.
- IX. Entiendo que la información contenida en una historia médica es confidencial. Sin embargo, doy mi consentimiento específicamente para que South Central Louisiana Human Services Authority o el Departamento de Salud de Luisiana divulgue información médica a Medicare (Administración de Financiamiento de la Atención Médica y sus agentes), Medicaid u otras compañías de seguros en mi nombre.  
La información médica debe divulgarse para fines de reembolso monetario. Este consentimiento está sujeto a revocación por escrito en cualquier momento, excepto en caso de que ya se hayan tomado medidas en virtud de él.
- X. Entiendo que tengo derecho, bajo la ley federal, a acceder a mi información de salud protegida y que SCLHSA sigue todas las reglas, pautas y excepciones para garantizar el cumplimiento de los derechos del paciente. Entiendo que puedo solicitar que se envíe una copia de mi historia a otro proveedor, previa solicitud por escrito a SCLHSA, mediante una divulgación de información de SCLHSA. Entiendo que no se me cobrará por la primera copia de mi historia que solicite, pero, para cualquier solicitud posterior, SCLHSA tiene derecho a una compensación y cobra una tarifa de hasta **\$1.00 por página**. Esta tarifa cubre el servicio de copiado, los materiales, la mano de obra y el franqueo de los archivos o resúmenes. También se puede obtener una copia de mi historia a través del portal para pacientes sin costo alguno.



# Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA y bloqueo de información según la legislación federal de confidencialidad

En este aviso, se explica cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

**Su información.**

**Sus derechos.**

**Nuestras responsabilidades.**

**Revíselo detenidamente.**

## Sus derechos

### Usted tiene estos derechos:

- A obtener una copia impresa o electrónica de su historia médica.
- A corregir su historia médica en formato impreso o electrónico.
- A solicitar comunicación confidencial.
- A pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- A obtener una lista de las personas o entidades con quienes hemos compartido su información.
- A obtener una copia de este aviso de privacidad
- A elegir a alguien que actúe por usted.
- A presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos a la privacidad.

➔ **Consulte la página 9** para obtener más información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

## Sus opciones

### Usted puede elegir entre algunas opciones en relación con la forma en la que usamos y compartimos información cuando hacemos lo siguiente:

- Les contamos a sus familiares y amigos sobre su afección.
- Proporcionamos ayuda en casos de desastre.
- Proporcionamos atención de salud mental.
- Comercializamos nuestros servicios.
- Recaudamos fondos.

➔ **Consulte la página 10** para obtener más información sobre estas opciones y cómo hacer uso de ellas.

## Nuestros usos y divulgaciones

### Podemos usar y compartir su información cuando llevamos a cabo estas actividades:

- Brindarle tratamiento
- Dirigir nuestra organización
- Facturar sus servicios
- Ayudar con asuntos de seguridad y salud públicas
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Trabajar con un médico forense o el director de una funeraria
- Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del Gobierno
- Responder a demandas y acciones legales

➔ **Consulte las páginas 10 a 12** para obtener más información sobre estos usos y divulgaciones.

## Sus derechos

**Cuando se trata de su información de salud, tiene ciertos derechos.** En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de proporcionarle ayuda.

|   |   |
|---|---|
| Obtener una copia impresa o electrónica de su historia médica   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede usar el portal para pacientes para acceder a su historia en cualquier momento. Pregúntele a un miembro del personal de SCLHSA cómo inscribirse en Healow.</li><li>• Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su historia médica y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.</li><li>• Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 15 días posteriores a su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.</li></ul>   |
| Solicitar que se corrija su historia médica   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que corriamos la información de salud sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.</li><li>• Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos el motivo de nuestra decisión por escrito en un plazo de 60 días.</li></ul>  |
| Solicitar comunicaciones confidenciales   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.</li><li>• Accederemos a todas las solicitudes razonables.</li></ul>  |
| Solicitar que limitemos la información que usamos o compartimos   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si acceder afectaría su atención.</li><li>• Si paga completamente por un servicio o producto de atención médica de su bolsillo, puede solicitar que no compartamos esa información con su compañía de seguro de salud para fines de pago o de nuestras operaciones. Accederemos a su solicitud, a menos que una ley nos exija compartir esa información.</li></ul>   |
| Obtener una lista de las personas o entidades con quienes hemos compartido su información                     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido que realicemos).</li><li>• Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro informe dentro de los 12 meses posteriores.</li></ul>   |
| Obtener una copia de este aviso de privacidad   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.</li></ul>  |
| Elegir a alguien que actúe por usted  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.</li><li>• Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de que tomemos cualquier medida.</li></ul>  |
| Optar por no participar   | <ul style="list-style-type: none"><li>• SCLHSA participa en el intercambio electrónico de información de salud. Puede optar por no participar, solo recibir información o solo enviar información.</li></ul>  |
| Las violaciones de la ley federal y de las regulaciones por parte de un programa de la parte 2 son un delito. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Puede comunicarse con nosotros mediante la información de la página 1 para presentar una queja si siente o sospecha que hemos violado sus derechos.</li><li>• Puede presentar una queja ante estas entidades:<ul style="list-style-type: none"><li>• Departamento de Cumplimiento/responsable de Privacidad de SCLHSA, en 158 Regal Row, en Houma, o por teléfono al (985) 857-3751.</li><li>• Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando <a href="http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/">www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/</a>.</li><li>• Línea directa de Medicaid al 1-800-52-8263.</li><li>• Departamento de Salud de Luisiana, Sección de Normas de Salud, mesa de ayuda del Programa de Quejas, a P.O. Box 3767, Baton Rouge, LA 70821.</li><li>• Secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, en 200 Independence Ave., S.W., Washington, D.C. 20201, (800) 368-1019.</li></ul></li><li>• No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.</li></ul> |

## Sus opciones

En el caso de cierta información de salud, puede informarnos de sus opciones sobre lo que podemos compartir. Si tiene una preferencia clara sobre cómo debemos compartir su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de ordenarnos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención
- Compartir información en una situación de mitigación de desastres
- Incluir su información en un directorio de hospitales

Si no puede comunicarnos cuál es su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para su salud o su seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos dé permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Mayoría de casos en los que se comparten las notas de psicoterapia

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud? Solemos usar o compartir su información de salud de las maneras detalladas a continuación.

Brindarle tratamiento

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.
- Ejemplo:** Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado general de salud.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y contactarnos con usted cuando sea necesario.
- Ejemplo:** Utilizamos la información de salud sobre usted para administrar su tratamiento y sus servicios.

Facturar sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.
- Ejemplo:** Brindamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

Ayudar con asuntos de seguridad y salud públicas

- Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, como las siguientes:
  - Prevenir enfermedades
  - Ayudar con la retirada de productos
  - Informar reacciones adversas a medicamentos
  - Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
  - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Realizar investigaciones

- Podemos usar o compartir su información para fines de investigación médica.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, para demostrar que estamos cumpliendo con la legislación federal de privacidad.

Trabajar con un médico forense o el director de una funeraria

- Podemos compartir información de salud con un coroner, un médico forense o el director de una funeraria cuando una persona fallece.

- Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley y otras solicitudes del Gobierno
- Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:
    - Para reclamaciones de compensación de los trabajadores
    - Para fines de cumplimiento de la ley o con un oficial de policía
    - Con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley
    - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
- 

- Responder a demandas y acciones legales
- Podemos compartir información de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.
  - SCLHSA también cumple con la regla federal de confidencialidad del título 42 del CRF, parte 2 (ver a continuación), que puede ser más estricta que la HIPAA.
- 

## Título 42 del C.F.R., parte 2

---

La parte 2 del título 42 del Código de Normas Federales (C.F.R.), Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias (parte 2), se promulgó por primera vez en 1975 para abordar las preocupaciones sobre el posible uso de información sobre el **trastorno por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD)** en entornos no basados en el tratamiento, como en audiencias administrativas o penales relacionadas con el paciente. La parte 2 está destinada a garantizar que un paciente que recibe tratamiento por un SUD en un programa de la parte 2 no enfrente consecuencias adversas en relación con cuestiones tales como procedimientos penales y procedimientos domésticos, como los relacionados con la custodia de los hijos, el divorcio o el empleo. La parte 2 protege la confidencialidad de los registros de pacientes con SUD al restringir las circunstancias bajo las cuales los programas de la parte 2 u otros titulares legales pueden divulgar dichos registros.

Programas de la parte 2:

- Son programas con asistencia federal.
- Se les prohíbe divulgar cualquier información que podría identificar a una persona como alguien que tiene o ha tenido un SUD, a menos que esa persona brinde su consentimiento por escrito.
- Especifica un conjunto de requisitos para los formularios de consentimiento, incluidos, entre otros, el nombre del paciente, los nombres de las personas/entidades a las que se les permite divulgar o recibir información de identificación del paciente, la cantidad y el tipo de información que se divulga y el propósito de la divulgación.

Además de la parte 2, se han promulgado otras leyes de privacidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996<sup>5</sup>. Por lo general, la HIPAA permite la divulgación de información de salud protegida para ciertos fines sin autorización del paciente, incluido el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

---

### Prohibición de divulgación de información confidencial

Las reglas federales de confidencialidad (título 42 del C.F.R., parte 2) prohíben a SCLHSA realizar cualquier divulgación adicional de la información que se nos ha revelado, a menos que usted **nos brinde su consentimiento expreso por escrito** para hacerlo. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo **NO** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier cliente con problemas de abuso de alcohol o drogas.

### Información importante sobre la autorización

Se requiere un formulario de autorización firmado por separado para el uso y la divulgación de información de salud para notas de psicoterapia, determinaciones relacionadas con el empleo por parte de un empleador, fines de investigación no relacionados con su tratamiento y consumo de sustancias (consumo de alcohol y drogas).

La autorización es voluntaria. No se le pedirá que firme una autorización como condición para recibir servicios de tratamiento o para el pago por servicios de atención médica. Si su autorización es requerida por ley o por una política, SCLHSA usará y divulgará su información de salud según usted lo haya autorizado en el formulario de autorización firmado. Puede cancelar su autorización por escrito en cualquier momento.

SCLHSA no puede anular ningún uso o divulgación ya realizados antes de que se cancelara la autorización. La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada una vez más por el destinatario y ya no estará protegida por las políticas de privacidad de SCLHSA.

---

## Bloqueo de información

SCLHSA cumple con la Norma de bloqueo de información (título 45 del C.F.R., parte 171), que impide que SCLHSA restrinja el acceso, el intercambio o el uso de información de salud electrónica. También puede otorgar a otros acceso para recibir sus citas, medicamentos y resumen médico.

### Pregúntenos sobre el proxy del portal.

La “información de salud electrónica” se define como la información de salud protegida electrónica que se incluiría en el conjunto de registros designados según lo definido por la HIPAA. La información de salud protegida electrónica es información médica que identifica a una persona y que es:

- transmitida por medios electrónicos; o
- conservada en medios electrónicos.

Esto significa que usted puede ver información en su portal para pacientes o en la aplicación Healow antes de que su proveedor la vea, como los resultados de laboratorio. Comuníquese con su proveedor si tiene alguna pregunta.

Hay algunas excepciones al bloqueo de información, incluidas las siguientes:

- Prevención de un riesgo de daño: el proveedor tiene una creencia razonable de que la práctica (interferir con el acceso, el intercambio o el uso de información de salud electrónica [electronic health information, EHI]) permitirá reducir sustancialmente el riesgo de daño a un paciente u otra persona. El riesgo de daño debe ser determinado de forma individual por el médico que ejerce el juicio profesional, o surge a partir de datos erróneos.
- Privacidad: proteger la privacidad de un individuo de acuerdo con la parte 2 del título 42 del C.F.R., la HIPAA y sus políticas no constituye un bloqueo de información.
- Proteger la seguridad de la EHI.
- La solicitud es inviable.
- Cuando la tecnología de la información de salud no está disponible temporalmente con el fin de mejorar el rendimiento general del departamento de TI de salud.
- Forma y contenido.
- Cobro de tarifas.
- Otorgamiento de licencias.

### Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos respetar los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de otras maneras que no sean las descritas aquí, a menos que usted nos notifique por escrito que podemos hacerlo. Si nos notifica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, háganoslo saber por escrito.

Para obtener más información, pregúntele a algún miembro de su centro de tratamiento o llame al responsable de Privacidad de SCLHSA al número que aparece en el frente.

### Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigor del aviso: 17/01/23.

# Cómo revisar las políticas de privacidad de SCLHSA

Puede revisar las políticas de privacidad de SCLHSA y los formularios relacionados visitando [www.sclhsa.org/patient-resources](http://www.sclhsa.org/patient-resources). También puede comunicarse con la responsable de Privacidad de SCLHSA a la dirección que figura al final de este aviso.

## Cómo comunicarse con SCLHSA para revisar, corregir o limitar su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI)

Puede comunicarse con la oficina local de SCLHSA (centro/clínica u oficina administrativa) que recopila y conserva su información de salud protegida o comunicarse con la responsable de Privacidad de SCLHSA a la dirección que figura al final de este aviso para lo siguiente:

- Solicitar ver o copiar sus registros
- Solicitar que se limite el uso o la divulgación de la información sobre usted
- Solicitar que se cancele su autorización
- Solicitar que se corrijan o modifiquen sus registros
- Solicitar una lista de las veces que SCLHSA divulgó información sobre usted

Sus solicitudes para ver, copiar o modificar sus registros pueden ser denegadas. Si SCLHSA deniega su solicitud, le enviaremos una carta en la que se le indicarán los motivos de esta decisión y cómo puede solicitar una revisión de la denegación. También recibirá información sobre cómo presentar una queja ante SCLHSA, el Departamento de Salud de Luisiana (Louisiana Department of Health, LDH) o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

## Cómo presentar una queja o informar de un problema

Puede comunicarse con la responsable de Privacidad que se indica a continuación si desea presentar una queja o informar de un problema sobre la forma en la que SCLHSA ha utilizado o divulgado información sobre usted. Sus beneficios no se verán afectados por ninguna queja que presente. SCLHSA no puede castigarlo ni tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a prestar su conformidad con algo que usted cree que es ilegal. Su contacto con la responsable de Privacidad es:

**Charlotte Richard, SCLHSA Privacy Officer—158 Regal Row | Houma, LA 70360 | 985-857-3751.**

El reporte de cualquier violación de las regulaciones antes mencionadas puede ser dirigido a el/la Fiscal de Estados Unidos del distrito judicial donde ocurrió la violación.

### **Oficina de la fiscalía de distrito de la parroquia de Lafourche**

103 Maronge St.  
Thibodaux, LA 70301  
985-447-2003

### **Oficina de la fiscalía de distrito de la parroquia de St. Mary**

St. Mary Courthouse, 3rd Floor  
500 Main Street  
Franklin, LA 70538  
337-828-4100 Ext. 350

### **Oficina de la fiscalía de distrito de la parroquia de St. John**

1342 LA Hwy 44, River Road  
Reserve, LA 70084  
985-652-9757

### **Oficina de la fiscalía de distrito de la parroquia de Terrebonne**

7856 Main Street  
Courthouse Annex, Ste. 220  
Houma, LA 70360  
985-873-6500

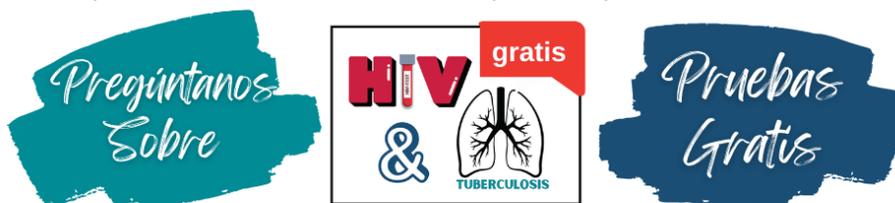
El reporte de cualquier violación de las regulaciones antes descritas por parte de un programa de tratamiento para opioides puede ser dirigido a el/la fiscal de Estados Unidos del distrito judicial donde ocurrió la violación al igual que a la oficina de la administración de servicios de abuso de sustancias y salud mental (SAMHSA, por sus siglas en inglés) responsable de la supervisión del programa de tratamiento para opioides.

**Autoridad para el tratamiento de opioides del estado de Luisiana –  
Departamento de salud y oficina de hospitales de salud del comportamiento de Luisiana**

628 North 4th Street, 4th Floor (447-9)  
Baton Rouge, LA 70821-2790  
225-342-8735

# Servicios de atención primaria

SCLHSA ofrece servicios integrados de atención primaria a clientes activos de nuestro sistema que se han estabilizado con medicamentos para la salud conductual. La integración de la atención primaria y la atención de la salud conductual representa otro paso en la transición hacia la recuperación y la resiliencia.



## Servicios para discapacidades del desarrollo

La Oficina de Discapacidades del Desarrollo de SCLHSA sirve como el único punto de entrada al sistema de servicios para discapacidades del desarrollo y supervisa los servicios residenciales públicos y privados y otros servicios para personas con discapacidades del desarrollo.

- Primeros pasos
- Fondos familiares flexibles
- Apoyo individual y familiar
- Centros de atención intermedia para personas con discapacidades del desarrollo (Intermediate Care Facilities for People with Developmental Disabilities, ICF/DD)
- Servicios de exención
  - Exención basada en el hogar y la comunidad de Medicaid
  - Exención de Children's Choice
  - Exención de New Opportunities
  - Exención de apoyos
  - Exención de opciones residenciales



## Medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MTCO) & Medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol (MTCA)

SCLHSA ofrece medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MTCO) y medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol (MTCA) en combinación con consejería y terapias conductuales, para proporcionar un enfoque centrado en la persona y en el paciente como una totalidad para el tratamiento de la dependencia de opioides y otros trastornos por consumo de sustancias. Los médicos de SCLHSA que prescriben medicamentos pueden incluir los siguientes medicamentos como parte de un plan integral de MTCO y MTCA centrado en la persona:

1. Buprenorfina (Suboxone): se utiliza para ayudar a las personas a reducir o abandonar el consumo de heroína u otros opiáceos, por ejemplo, analgésicos como la morfina.
2. Naltrexona (Vivitrol): un inyectable que sirve para ayudar a las personas a dejar de consumir opiáceos o alcohol.
3. Acamprosato (Campral): se utiliza para ayudar a las personas a reducir o abandonar el consumo de alcohol.

El consejero/administrador de casos iniciará o actualizará un plan de tratamiento actual para incluir los siguientes elementos como parte del MTCO y MTCA:

- Consejería individual o grupal.
- Exámenes de detección de drogas en orina.
- Prueba de embarazo.
- Apoyo para la recuperación.
- Pedidos de laboratorio.
- El cliente se presentará en la clínica cada mes para recoger el medicamento o la receta, o recibir una inyección.

### ¿Quién es elegible para un MTCO y MTCA?

- Personas que luchan contra la dependencia de los opioides y/o la dependencia al alcohol.
- Los clientes pueden autoderivarse o pueden ser derivados por un consejero, médico/profesional que prescribe medicamentos, hospital, comunidad.



# ¿Portal del Paciente?



El Portal del Paciente o la Aplicación Healow le permiten comunicarse con el personal de SCLHSA y acceder a sus registros médicos. Con la App GRATUITA de Healow podrás acceder a tus citas, resultados de laboratorio, administrar tus medicamentos y otros datos personales.



Una vez que esté registrado como paciente y nos haya proporcionado su correo electrónico seguro, recibirá un nombre de usuario y contraseña por correo electrónico.

Después de registrarse en el Portal del Paciente, podrá hacer lo siguiente:

actualiza tu información de contacto

Ver los resultados de laboratorio que su médico ha publicado

Solicite resurtidos de su medicamento

Vea su resumen médico, lista de medicamentos, historial de tratamientos, registro de salud personal e historial de citas

Recibe recordatorios de citas a través de tu correo electrónico

Comunicarse con el personal de SCLHSA mediante mensajes

NO se aceptarán a través del Portal del Paciente lo siguiente:

Recibir consejos sobre el mejor curso de tratamiento de su consejero, médico u otro personal. Todas las opciones de diagnóstico y tratamiento se discutirán cuando lo atiendan en una visita al consultorio.

Solicitud de resurtido de medicamentos que su médico no le ha recetado actualmente.

**Enlace al portal del paciente:  
[www.sclhsa.org](http://www.sclhsa.org) Haga clic en  
“Enlace al portal del paciente”**



- Recibirá recordatorios de no-reply@clinicalmail.com con respecto a su información. Realice ajustes de seguridad en su correo electrónico o computadora para recibir nuestros correos electrónicos.
- Para su seguridad:
- Evite utilizar una computadora pública para acceder al Portal del Paciente
- Cierre sesión una vez que haya terminado de usar el Portal del paciente
- El Portal del Paciente se proporciona como un servicio de cortesía para nuestros pacientes. No hay tarifa de servicio; sin embargo, si un paciente no utiliza el Portal del paciente correctamente, tenemos derecho a cancelar la cuenta del paciente.
- Le recomendamos que utilice el Portal del Paciente en cualquier momento; sin embargo, los mensajes enviados después de las 4:30 p.m. será recibido por el Coordinador del Portal del Paciente de SCLHSA el siguiente día hábil.

## ¿PREGUNTAS?



Comuníquese con la Coordinadora del Portal del Paciente de SCLHSA, Renee Williams al 985-876-8887 o [renee.williams@la.gov](mailto:renee.williams@la.gov)

# Clínicas ambulatorias

## Lafourche Behavioral Health Center

157 Twin Oaks Dr. | Raceland, LA 70394

985-537-6823

## River Parishes Assessment Center

232 Belle Terre Blvd., Suite B | Laplace, LA 70068

985-651-7064

## River Parishes Treatment Center

1809 West Airline Hwy. | Laplace, LA 70068

985-652-8444

## St. Mary Behavioral Health Center

500 Roderick St. Suite B | Morgan City, LA 70380

985-380-2460

## Terrebonne Behavioral Health Center

5599 Hwy. 311 | Houma, LA 70360

985-857-3615

## Developmental Disabilities

5593 Hwy. 311 | Houma, LA 70360

985-876-8805

## Administración

158 Regal Row | Houma, LA 70360

985-858-2931

**THE CALL LINE**  
**(CRISIS ASSIST LINK LINE)**

**1-877-500-9997**