

# Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles

## Consentimiento para Servicios

### Servicios

El Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (LACDMH) brinda **Servicios especializados de salud mental (SMHS)** para personas que tienen trastornos mentales o problemas emocionales que requieren tratamiento de un especialista. Estas enfermedades o problemas son lo suficientemente graves como para obstaculizar la capacidad de una persona para continuar con sus actividades diarias. SMHS puede incluir pruebas psicológicas, psicoterapia/consejería, servicios de rehabilitación, medicamentos, administración de casos, pruebas de laboratorio, procedimientos de diagnóstico y otros servicios apropiados. Para obtener más información sobre estos servicios, consulte el **Manual para beneficiarios de servicios especializados de salud mental del condado de Los Ángeles**: <https://dmh.lacounty.gov/our-services/patients-rights/>. Puede solicitar una copia de este Manual en cualquier momento.

Todos los SMHS proporcionados a un cliente dentro del sistema LACDMH serán coordinados por el personal de una sola agencia. Los servicios pueden realizarse en diferentes lugares si esto beneficia el tratamiento del cliente. Para encontrar sitios de proveedores contratados y operados directamente por LACDMH en todo el condado de Los Ángeles, consulte el **Directorio de proveedores de LACDMH**: <https://dmh.lacounty.gov/pd/>.

### Prestación de servicios

Al proporcionar SMHS, LACDMH utiliza **telesalud, teléfono, mensajería de texto segura y correo electrónico seguro** para satisfacer mejor las necesidades de nuestros clientes. Telesalud (con comunicación visual y de audio) y el teléfono (solo con comunicación de audio) son formas en las que el personal puede brindar un mejor acceso a nuestros servicios además de comunicarse con nuestros clientes. Al utilizar la telesalud o el teléfono, los clientes podrán hablar con el personal de salud mental y participar en los servicios de salud mental desde su entorno local. La mensajería de texto segura y el correo electrónico seguro son formas adicionales en las que nuestro personal puede comunicarse de forma rápida y eficiente con los clientes acerca de sus servicios. Los mensajes de texto seguros se enviarán a través de una aplicación aprobada por LACDMH, y la información compartida a través de mensajes de texto seguros se limitará a recordatorios de citas y tratamientos. El personal no utilizará los mensajes de texto seguros con fines de diagnóstico o terapia. Es importante que los clientes mantengan informados a sus proveedores de salud mental sobre su información de contacto en caso de que cambie en cualquier momento. Para obtener más información sobre telesalud, teléfono, mensajería de texto segura y correo electrónico seguro, consulte la página de Preguntas Frecuentes a continuación.

Los clientes tienen derecho a acceder a cualquier servicio cubierto que se pueda brindar a través de telesalud, por teléfono o mediante una visita en persona si así lo desean. La cobertura de Medi-Cal incluye la disponibilidad de servicios de transporte para visitas en persona cuando se hayan agotado razonablemente otros recursos disponibles. Para acceder a información sobre cómo obtener transporte, hable con el Departamento de Servicios para Miembros de su Plan de atención administrada o vaya a: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/Transportation.aspx>

### Capacidad del menor para dar su consentimiento

Para los menores (es decir, clientes menores de 18 años), por lo general, su(s) tutor(es) legal(es) da(n) su consentimiento para los servicios en nombre de su niño. Sin embargo, hay situaciones en las que los menores (12 años o más) pueden calificar para dar su consentimiento para sus propios servicios. Si se determina que es clínicamente apropiado completará la sección de **Consentimiento para menores** para determinar si el menor es lo suficientemente maduro para participar y dar su consentimiento para los servicios. Un menor no puede dar su consentimiento para la medicación psicotrópica. Además de dar su consentimiento para su propio SMHS, si un menor quiere separarse del Medi-Cal de su tutor legal para establecer el suyo propio (lo que puede resultar en que sus tutores legales desconozcan su tratamiento), tendrá que trabajar con el Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) para inscribirse en **Consentimiento de menores de Medi-Cal o Servicios sensibles**. Para obtener más información acerca de este programa, vaya a: <https://dpss.lacounty.gov/en/health/teens.html>

## Consentimiento para Servicios de LACDMH

## Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Consentimiento para Servicios

### Directivas anticipadas de atención médica para beneficiarios adultos

Todos los beneficiarios de Medi-Cal mayores de 18 años tienen derecho a tomar decisiones sobre su tratamiento médico a menos que estén bajo tutela o se le haya otorgado a una tercera persona la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica. Una **Directiva anticipada de atención médica** es un documento legal que le permite a una persona declarar por adelantado sus deseos en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica en el futuro. Toda la información de la Directiva anticipada de atención médica se mantendrá en el expediente clínico del cliente. Para obtener más información sobre las Directivas anticipadas de atención médica y cómo ejecutar una, consulte las Preguntas Frecuentes a continuación.

### Base de datos Open Payments

La Ley de Transparencia Médica de Pagos de los EE. UU. (Physician Payments Sunshine Act) exige que la información relacionada a los pagos superiores a diez dólares (10 USD) efectuados a médicos por medio de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos, esté a disposición del público. La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar los pagos efectuados por empresas farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Puede consultar la base de datos Open Payments en <http://openpaymentsdata.cms.gov>.

### Just4Me

Just4Me es un portal de clientes en línea que brinda acceso fácil y seguro a su registro de salud mental en línea. Para obtener información adicional, visite nuestro sitio web: <https://dmh.lacounty.gov/just4me-client-portal/>

Al dar su consentimiento para los servicios de LACDMH, usted comprende que:

1. Tiene derecho a ser informado y participar en la selección de cualquiera de los servicios especializados de salud mental que se describen en el **Manual para beneficiarios de servicios especializados de salud mental del condado de Los Ángeles**.
2. Tiene derecho a recibir servicios sin necesidad de recibir otros servicios del sistema LACDMH.
3. Todos los servicios, que incluye el uso de telesalud, teléfono, correo electrónico seguro y/o mensajes de texto seguros, son voluntarios y usted tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor de servicios (agencia o personal).
4. Tiene la opción de negar o retirar el consentimiento para cualquier servicio, modo de servicio o método de comunicación en cualquier momento, que incluye cualquier momento durante una sesión, sin afectar el derecho a la atención futura, el tratamiento o el riesgo de pérdida o retiro de los beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho. El personal de salud mental también puede retirar la capacidad de utilizar modos de servicio o métodos de comunicación específicos en cualquier momento que se determine que no es el medio más adecuado de prestación de servicios y/o comunicación.
5. Todo el personal de LACDMH, como condición de su empleo, firma anualmente un juramento de confidencialidad que les prohíbe compartir información del cliente, excepto según lo permitan las leyes, políticas y procedimientos de confidencialidad federales, estatales y del Departamento.
6. Cualquier información divulgada al personal que ellos determinen sea importante se registrará en el expediente clínico para garantizar que el personal de tratamiento tenga disponible la información más completa sobre usted al momento de decidir sobre el tratamiento apropiado para sus necesidades y calidad de su atención.
7. Su información demográfica y clínica se ingresa en el sistema de registro médico electrónico de LACDMH y puede estar disponible para el personal de LACDMH y otras personas autorizadas involucradas en su tratamiento, según corresponda. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de la Agencia de salud del condado de Los Ángeles para obtener más información.

## Consentimiento para Servicios de LACDMH

## Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles

### Consentimiento para Servicios

8. El riesgo potencial de los servicios telefónicos y de telesalud incluye fallas parciales o completas del equipo que se utiliza, lo que podría resultar en la incapacidad temporal del personal de salud mental para brindar servicios de salud mental.
9. Al dar su consentimiento para correo electrónico seguro y/o mensajes de texto seguros, usted acepta permitir que el personal de LACDMH le envíe información sobre su condición de salud mental y su atención a través de mensajes de texto seguros y correo electrónico seguro.
10. El correo electrónico seguro y la mensajería de texto segura nunca se utilizarán para situaciones de emergencia o urgencia y/o con fines de diagnóstico. Debe discutir con su proveedor cuál es la mejor manera de comunicarse después del horario comercial normal o durante una situación de emergencia o urgencia. No se aceptará ninguna solicitud de evaluación a través de correo electrónico seguro o mensajería de texto segura.

Existen consideraciones técnicas para su(s) dispositivo(s) personal(es) cuando se utiliza **telesalud, teléfono, correo electrónico seguro y/o mensajería de texto segura**. Al dar su consentimiento, usted entiende lo siguiente:

1. LACDMH no asume ninguna responsabilidad por su dispositivo si la instalación de la aplicación aprobada de telesalud/mensajes de texto seguros/correo electrónico seguro de LACDMH causa algún conflicto, mal funcionamiento o daño.
2. Usted es completamente responsable del manejo, operación y mantenimiento de su dispositivo y aplicaciones. Si su dispositivo se ve comprometido, perdido o robado, LACDMH no será responsable de la divulgación de información, que incluye, entre otras, la información de salud protegida (PHI) que reside en el dispositivo.
3. LACDMH no permite la grabación de sesiones, que incluye las sesiones telefónicas y de telesalud, a menos que usted y el personal de salud mental den su consentimiento explícito.
4. LACDMH no compartirá sus imágenes de identificación personal o información de interacciones de telesalud con investigadores u otras entidades sin su consentimiento.
5. Puede haber una demora entre el momento en que se envía un mensaje de texto seguro y/o un correo electrónico seguro y el momento en que su proveedor lee y/o responde. Usted no sabrá si se ha visto la información en el mensaje de texto/correo electrónico, y LACDMH no puede anticipar cuándo recibirá una respuesta.
6. La mensajería de texto segura aprobada por LACDMH y el correo electrónico seguro son las únicas opciones para enviar y recibir información con el personal de LACDMH.
7. Usted es responsable de cualquier uso de datos o cargos por mensajes de texto asociados con el uso de su dispositivo personal cuando lo use para telesalud, teléfono y mensajes de texto seguros.
8. La información enviada a través de mensajes de texto seguros y correos electrónicos seguros puede ayudar al personal de salud mental a proporcionar tratamiento y programación.
9. Aunque los correos electrónicos y los mensajes de texto se enviarán a través de un medio seguro, existe el riesgo de que un correo electrónico o mensaje de texto destinado a usted se envíe inadvertidamente a la dirección de correo electrónico o al número de teléfono incorrectos.

# Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles

## Consentimiento para Servicios

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para recibir servicios de salud mental por parte del **Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles**.

He leído la información proporcionada en este consentimiento. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido respondidas. Entiendo la información escrita proporcionada.

Doy mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud Sí  No

Doy mi consentimiento para el uso de los servicios de teléfono Sí  No

Doy mi consentimiento para el uso de mensajería de texto segura para la comunicación Sí  No

Doy mi consentimiento para el uso de correo electrónico seguro para la comunicación Sí  No

**Correo electrónico para telesalud y/o correo electrónico seguro:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono para teléfono y/o mensajes de texto seguros:** \_\_\_\_\_

Se me ha proporcionado información sobre directivas anticipadas de atención médica Sí  No

Tengo una directiva anticipada de atención médica actualmente vigente Sí  No

*En caso afirmativo, proporcione una copia para colocarla en su expediente clínico.*

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto responsable\*

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Adulto responsable = Tutor, guardián o padre o madre del menor cuando se requiera

Esta información confidencial se le proporciona de acuerdo con las leyes y reglamentos estatales y federales, que incluyen, entre otros, el Código de bienestar e instituciones, el Código civil y los estándares de privacidad de HIPAA aplicables. Se prohíbe la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado a quien corresponda, a menos que la ley permita lo contrario. Se requiere la destrucción de esta información después de que se cumpla el propósito declarado de la solicitud original.

Nombre: \_\_\_\_\_ No. identificación DMH: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Proveedor #: \_\_\_\_\_

Condado de Los Ángeles – Departamento de Salud Mental

## Consentimiento para Servicios de LACDMH

# Departamento de Salud Mental del Condado de Los Angeles Consentimiento para Servicios

El personal debe completar esta página

Firmante  recibió  rechazó una copia de este Consentimiento de \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.  
Fecha Iniciales

Este Consentimiento fue interpretado en \_\_\_\_\_ para el cliente y/o adulto responsable.  
Si el cliente y/o el adulto responsable firmaron una versión traducida de este Consentimiento, la versión traducida debe adjuntarse a la versión en inglés.

El cliente y/o adulto responsable no está disponible/no puede firmar. El consentimiento verbal/implícito se proporcionó el \_\_\_\_\_  
Fecha

El cliente es menor de edad y firmó arriba sin el consentimiento de los padres/tutores, y he verificado que el menor es elegible para firmar y verifiqué su firma (consulte la sección Consentimiento para menores a continuación).

En caso afirmativo, ¿está inscrito el cliente en el **consentimiento menores de Medi-Cal**?  Sí  No

Nota: Si el cliente tiene consentimiento de menores de Medi-Cal, todos los servicios deben reclamarse utilizando los códigos de procedimiento no facturables a Medi-Cal.

Se ha obtenido una orden de acta judicial y no es posible el consentimiento por sí mismo o por alguien en su nombre. He proporcionado la primera página del Consentimiento para los servicios, así como las preguntas frecuentes al cliente y/o al adulto responsable.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Consentimiento para menor: seleccione la(s) sección(es) apropiada(s) sobre el menor:

**EMANCIPADO:** Este menor ha sido declarado emancipado de su padre/tutor por los tribunales y el Departamento de Vehículos Motorizados (Cal Fam Code 7120) le ha emitido una tarjeta de identificación. Se debe presentar una copia de la tarjeta de identificación con este formulario.

**SERVICIO ACTIVO EN LAS FUERZAS ARMADAS:** Este menor debe estar sirviendo actualmente en las Fuerzas armadas de Estados Unidos. Se debe presentar una copia de su identificación militar con este formulario (Cal Fam Code 7002).

**CASADO:** Este menor está o ha estado casado (Cal Fam Code 7002). Se debe presentar una copia del certificado de matrimonio con este formulario.

**AUTOSUFICIENTE:** Este menor es autosuficiente como lo demuestra al poder declarar todo lo siguiente (Cal Fam Code 6922).

- Tengo 15 años o más, ya que he nacido el \_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento).
- Vivo en la dirección proporcionada en el momento de la admisión a los servicios que no es el hogar/residencia de mis padres o tutor legal.
- Administro mis propios asuntos financieros según la información financiera proporcionada por mí en el momento de la admisión a los servicios.
- Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos por mis servicios de salud mental y no puedo anular este consentimiento porque soy menor de edad.

### Las siguientes opciones deben ser verificadas/seleccionadas por una Disciplina de Salud Mental Autorizada-AMHD.

**NECESIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL:** Este menor necesita servicios de salud mental. Certifico que se cumplen **cada** uno de los siguientes **cuatro** requisitos (Cal Fam Code 6924).

1. El cliente tiene 12 años o más y es lo suficientemente maduro para participar de forma inteligente en los servicios prestados.

2. Los padres/tutores del cliente  fueron contactados el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
(fecha)

**NO** fueron contactados porque \_\_\_\_\_

3. Los padres/tutores del cliente:  participan actualmente en los servicios prestados

no quieren o no están dispuestos a participar en el tratamiento  no son apropiados para participar en los servicios prestados

4. El cliente cumple con uno de los siguientes:

Existe peligro de daño físico o mental grave si no se permite la participación  Hay presunto incesto o abuso infantil

**SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL:** Este menor es lo suficientemente maduro para participar en un tratamiento de salud mental. Certifico que se cumplen cada uno de los 3 criterios a continuación y que los **servicios no se reclamarán a Medi-Cal** (Código de salud y seguridad 124260). Los servicios brindados a un cliente que cumple solo con estos criterios NUNCA pueden ser reclamados a Medi-Cal; debe haber una financiación alternativa.

1. El cliente tiene 12 años o más y es lo suficientemente maduro para participar de forma inteligente en los servicios prestados.

2. Los padres/tutores del cliente  fueron contactados el \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
(fecha)

**NO** fueron contactados porque \_\_\_\_\_

3. Los padres/tutores del cliente:  participan actualmente en los servicios prestados

no quieren o no están dispuestos a participar en el tratamiento  no son apropiados para participar en los servicios prestados

Nota: NO se le recetarán medicamentos psiquiátricos al cliente sin que el padre/tutor firme el formulario de Consentimiento para servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma y disciplina AMHD

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Consentimiento para Servicios de LACDMH

## Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Consentimiento para Servicios

### Preguntas frecuentes

#### Telesalud, teléfono, mensajería de texto segura y correo electrónico seguro

#### **¿En qué se diferencian los servicios de telesalud/teléfono de las sesiones en persona con el personal de salud mental?**

Aparte de que el cliente y el profesional de LACDMH no están juntos en el mismo lugar físico, hay muy poca diferencia en la sesión. El profesional podrá proporcionar el servicio especializado en salud mental (SMHS) apropiado, documentar la información clínica y el servicio brindado, y asegurarse de que la documentación se incluya en el expediente clínico del cliente para referencia futura.

#### **¿Cuál es la diferencia entre telesalud y servicios telefónicos?**

Los servicios de telesalud incorporan el uso de videoconferencias junto con audio, de modo que los profesionales y los clientes puedan verse y comunicarse, aunque ambas partes se encuentren en un lugar físico diferente. Los servicios telefónicos incorporan el uso de un teléfono para que los profesionales y los clientes también puedan comunicarse entre sí, sin embargo, no hay capacidades visuales. Tanto para los servicios de telesalud como telefónicos, los profesionales continuarán brindando los SMHS cubiertos al cliente, así como la documentación que se incluirá en el expediente clínico del cliente para referencia futura.

#### **¿Qué sucede si elijo no dar mi consentimiento para usar los servicios de telesalud y/o teléfono?**

Si elige no dar su consentimiento para los servicios de telesalud y/o teléfono, LACDMH no utilizará estos métodos cuando brinde servicios y solo brindará servicios en persona. Además, elegir no dar su consentimiento para los servicios de telesalud y/o teléfono no afectará su capacidad para acceder a cualquier SMHS cubierto. Se seguirá utilizando el teléfono para fines de comunicación.

#### **¿Qué es el correo electrónico seguro?**

El correo electrónico seguro permite a los clientes comunicarse de manera fácil y segura con el personal de LACDMH para que cualquier información potencialmente sensible sobre un cliente se mantenga segura. Para proteger la información de salud protegida (PHI) de un cliente, los correos electrónicos seguros pasan por un cifrado, que es un proceso de hacer que la información sea ilegible para cualquier persona que no sea el designado del correo electrónico.

Cualquier correo electrónico que contenga PHI electrónica de un cliente que se envíe por correo electrónico debe estar protegido. De acuerdo con la ley de transferencia y responsabilidad de seguro médico (HIPAA), se requieren normas de privacidad y seguridad de correo electrónico para garantizar la privacidad y confidencialidad de los clientes.

#### **¿Cómo se ve un correo electrónico seguro y cómo se puede leer?**

Cuando se envía un correo electrónico seguro, la persona designada recibirá los siguientes archivos:

- Mensaje de correo electrónico de notificación: el mensaje de notificación indica que alguien ha enviado un mensaje cifrado y seguro en sobre registrado. La notificación también incluye enlaces de información acerca del servicio de sobres registrados de Cisco.
- Archivo adjunto de mensaje cifrado: el archivo adjunto se llama "securedoc.html". Este archivo contiene el sobre registrado con el contenido cifrado. Para ver el sobre registrado, el archivo adjunto debe guardarse en la unidad local. Al abrir este archivo adjunto, el destinatario podrá auto inscribirse, crear una cuenta, leer el correo electrónico encriptado y responder en un formato seguro y encriptado. Para obtener instrucciones completas, consulte este documento: [http://file.lacounty.gov/dmh/cms1\\_180460.pdf](http://file.lacounty.gov/dmh/cms1_180460.pdf)

## Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Consentimiento para Servicios

### ¿Qué sucede si elijo no dar mi consentimiento para el uso del correo electrónico seguro?

Si elige no dar su consentimiento para el uso de correo electrónico seguro, el personal de LACDMH no iniciará correos electrónicos con usted ni le ofrecerá correo electrónico como método de comunicación. Si inicia un correo electrónico con un miembro del personal de LACDMH sin un consentimiento para el uso del correo electrónico seguro, el personal le responderá a través de otros medios de comunicación (por ejemplo, teléfono o correo postal).

### ¿Qué es la mensajería de texto segura?

La mensajería de texto segura implica el uso de una aplicación de mensajería de texto aprobada por LACDMH que permite a los proveedores autorizados de LACDMH enviar y recibir imágenes y mensajes de texto encriptados de manera segura. Este método de comunicación es seguro, encriptado y cumple con todas las leyes relacionadas con la protección/seguridad de la información de salud protegida (PHI).

### ¿Qué sucede si elijo no dar mi consentimiento para usar la aplicación de mensajería de texto segura de LACDMH?

Sin el consentimiento para usar la aplicación de mensajería de texto segura aprobada por LACDMH, el personal de LACDMH no iniciará comunicaciones de mensajes de texto con usted ni ofrecerá mensajes de texto como un método de comunicación. Si inicia un mensaje de texto con un miembro del personal de LACDMH, el personal le responderá a través de otros medios de comunicación (por ejemplo, llamada telefónica o correo electrónico seguro).

### ¿Hay beneficios de transporte no médico disponibles para mí?

Los servicios de transporte no médico están disponibles para todos los clientes con cobertura completa de Medi-Cal y para mujeres embarazadas, incluso hasta el final del mes en el que cae el día 365 de posparto. Los clientes deberán certificar al proveedor, verbalmente o por escrito, que tienen una necesidad de transporte insatisfecha y que todos los demás recursos disponibles actualmente se han agotado razonablemente. Las razones para necesitar transporte no médico pueden incluir cualquiera de las siguientes:

- Falta de licencia de conducir válida.
- No disponer de ningún vehículo que funcione en el hogar.
- No poder viajar o esperar solo por los servicios cubiertos de Medi-Cal.
- Tener una limitación física, cognitiva, mental o de desarrollo.
- No tener dinero para gasolina para llegar a la cita.

## Preguntas Frecuentes Directiva Anticipada de Atención Médica

### ¿Qué es una directiva anticipada de atención médica?

Una directiva anticipada es un documento legal que le permite a una persona declarar por adelantado sus deseos en caso de que no pueda tomar decisiones de atención médica. En California, una directiva anticipada tiene dos partes: (1) designación de un agente para la atención médica; y (2) instrucciones individuales de atención médica.

### ¿Qué puede hacer una directiva anticipada de atención médica para una persona con una discapacidad psiquiátrica?

- Le permite tomar decisiones de tratamiento ahora en caso de que necesite tratamiento de salud mental en el futuro. Puede decirle a su médico, institución, proveedor, centro de tratamiento y juez qué tipos de tratamiento quiere y no quiere.
- Puede elegir a un amigo o familiar para que tome decisiones sobre la atención de salud mental, si no puede hacerlo usted mismo.
- Puede mejorar la comunicación entre usted y su médico.
- Puede reducir la necesidad de hospitalizaciones prolongadas.
- Se convierte en parte de su registro médico.

## Consentimiento para Servicios de LACDMH

## Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles Consentimiento para Servicios

### ¿Quién puede llenar una directiva anticipada de atención médica?

Cualquier persona mayor de 18 años que tenga la "capacidad" para tomar decisiones de atención médica. "Capacidad" significa que la persona comprende y entiende las consecuencias de la atención médica propuesta, que incluye los riesgos y beneficios.

### ¿Cuándo toma efecto una directiva anticipada de atención médica?

Una directiva anticipada de atención médica entra efecto cuando el médico de cabecera de la persona decide que la persona no tiene la "capacidad" para tomar sus propias decisiones de atención médica. Esto significa que la persona no puede comprender la naturaleza y las consecuencias de la atención médica propuesta. El hecho de que una persona haya sido admitida a un centro psiquiátrico no significa que la persona carezca de "capacidad".

### ¿Por cuánto tiempo está vigente una directiva anticipada de atención médica?

En California, una directiva anticipada de atención médica es indefinida. Puede cambiar de opinión en cualquier momento, siempre que tenga la "capacidad" para tomar decisiones. Es una buena idea revisar su directiva anticipada de atención médica cada año para asegurarse de que se expresen sus deseos.

### ¿Tengo que tener una directiva anticipada de atención médica?

No. Es solo una forma de dar a conocer sus deseos por escrito, mientras sea capaz. Sus elecciones son importantes.

### ¿Dónde puedo obtener asesoramiento legal sobre una directiva anticipada de atención médica?

- Su abogado
- Protection and Advocacy, Inc.

### ¿Dónde puedo obtener los formularios de directivas anticipadas de atención médica?

- Su abogado
- Papelerías
- Internet

### ¿Quién debe tener una copia de la Directiva anticipada de atención médica?

- Usted (su directiva anticipada de atención médica debe guardarse en un lugar seguro, pero accesible).
- Su agente (la persona designada para tomar decisiones de atención médica si usted no puede hacerlo).
- Cada uno de sus proveedores de atención médica.
- Cada uno de sus proveedores de salud mental.

Es importante que lleve un registro de quién tiene una copia de su Directiva anticipada de atención médica en caso de que haga cambios en el documento.

### ¿Adónde envío las quejas sobre el incumplimiento de las directivas médicas anticipadas?

Las quejas relacionadas con el incumplimiento de los requisitos de la directiva anticipada de atención médica se pueden presentar ante Licencias y Certificación del Departamento de Servicios de Salud (DHS) de California por teléfono al 1-800-236-9747 o correo postal a P.O. Box 997413, Sacramento, California 95899-7413.