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 evaluar 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, puede ver el **Manual para beneficiarios de servicios especializados de la 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, refiérase al **Directorio de proveedores de LACDMH**: https://dmh.lacounty.gov/pd/.

Entrega 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, refiérase a la página de Preguntas más Frecuentes.

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 inscribir al menor con el **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.

Pagos Abiertos en Base de Datos
La Ley Federal de (Physician Payments Sunshine Act) exige que la información relacionada a los pagos superiores a diez dólares (10 USD) hacia los Doctores médicos que fabrican medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos, estén a disposición del público. El Base de Datos de Pagos Abiertos 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 los Pagos abiertos en http://openpaymentsdata.cms.gov.

Guías de práctica clínica
El Departamento de Salud Mental desarrolla y adopta parámetros de práctica clínica que se basan en evidencia clínica válida y confiable y/o en el consenso de los proveedores en salud mental. Los parámetros de práctica clínica se revisan y actualizan de forma periódica. Los parámetros de práctica clínica del DSM se pueden encontrar en https://secure2.compliancebridge.com/lacdmh/public/index.php?fuseaction=app.main&msg= o consultando a su proveedor.

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

Consentimiento para Servicios de LACDMH

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.
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 seguro.

Existen consideraciones técnicas para su(s) dispositivo(s) personal(es) cuando se utiliza **telesalud, teléfono, correo electrónico seguro** y/o **mensajería de texto seguro.** 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 seguro probada 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 La 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 seguro 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

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

El personal debe completar esta página

Signature ☐ was given ☐ declined a copy of this Consent on _____ by _____.
Date Initials

☐ This Consent was interpreted in _____for the client and/or responsible adult.
If a translated version of this Consent was signed by the client and/or responsible adult, the translated version must be attached to the English version.

☐ Client and/or Responsible Adult is unavailable/unable to sign. Verbal/implied consent was provided on _____
Date

☐ Client is a minor and signed above without parental/guardian consent, and I have verified minor is eligible to sign as well as their signature (see Consent for Minor section below).

If yes, is client enrolled in **Minor Consent Medi-Cal**? ☐ Yes ☐ No
Note: *If client does have Minor Consent Medi-Cal, all services must be claimed using Non-Billable to Medi-Cal procedure codes.*

☐ A court order/minute order has been obtained and consenting on their own or someone on their behalf is not an option. I have provided the first page of the Consent for Services as well as the FAQs to the Client and/or Responsible Adult

_____ _____
Signature of Staff/Work Force Member Date

Consent For Minor: Please select the appropriate section(s) about the minor:

☐ **EMANCIPATED:** This minor has been declared emancipated from his/her parent/guardian by the courts and has been issued an identification card by the Department of Motor Vehicles (Cal Fam Code 7120). A copy of the identification card must be filed with this form.

☐ **ACTIVE DUTY WITH ARMED FORCES:** This minor must be currently serving in the US Armed Forces. A copy of his/her military ID must be filed with this form (Cal Fam Code 7002).

☐ **MARRIED:** This minor is or has been married (Cal Fam Code 7002). A copy of the marriage certificate must be filed with this form.

☐ **SELF-SUFFICIENT:** This minor is self-sufficient as exhibited by being able to declare all of the following (Cal Fam Code 6922).

- I am 15 years of age or older, having been born on _____ (birthdate).
- I am living at the address given on admission for services which is apart from the home/residence of my parents or legal guardian.
- I am managing my own financial affairs indicated by the financial information provided by me on admission for services.
- I understand that I am financially responsible for the charges for my mental health services, and I may not disaffirm this consent because I am a minor.

The below options must be verified/selected by an Authorized Mental Health Discipline (AMHD).

☐ **REQUEST FOR MENTAL HEALTH SERVICES:** This minor is mature enough to participate in mental health treatment. I certify that each of the below 3 criteria are met. (Cal Fam Code 6924)

1. The client is 12 or older and mature enough to participate intelligently in the services provided.
2. The minor was consulted regarding parent/guardian's involvement on _____. The client's parent(s)/guardian(s):
(date)
   ☐ Were contacted on _____ by _____
   (date)
   ☐ Were **NOT** contacted because _____
3. The client's parent(s)/guardian(s): ☐ Are currently involved in the services provided.
   ☐ Do not want or are unwilling to participate in the treatment ☐ Are not appropriate to participation in the services provided.

Note: The client WILL NOT be prescribed psychotropic medications without legal guardian or court consent.

_____ _____
AMHD Signature and Discipline Date

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

Preguntas frecuentes
Telesalud, teléfono, mensajería de texto seguro 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 destinado 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

¿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 seguro?
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 seguro aprobado 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 que no sean médicos disponibles para mí?
Los servicios de transporte que no sean médicos 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 que no sean médicos 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.

¿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
- Protección and Advocación 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.