



Condado de Will
Departamento de Salud y
Centro Comunitario de Salud

División de Salud Conductual

MANUAL DEL PACIENTE



Revisado: Junio 2025

Departamento de Salud del Condado de Will

Programas de Salud Conductual

Manual del Consumidor

Índice

1. Declaración de Misión del Departamento de Salud del Condado de Will
2. Programas y servicios
3. Sus derechos
4. Para pacientes de salud conductual
5. Sus responsabilidades
6. Confidencialidad
7. Tratamiento
8. Ausencia a citas
9. Horario de atención al paciente y ubicaciones de servicio
10. Pago del paciente
11. Historia clínica
12. Aviso de privacidad
13. Procedimiento para la presentación de denuncias y quejas
14. Alta y finalización de los servicios



Bienvenido a la División de Salud Conductual del
Departamento de Salud del Condado de Will

Somos una organización gubernamental del condado que provee servicios de salud conductual a niños, adultos y familias del condado de Will. Los servicios disponibles incluyen terapia individual y grupal, pruebas psicológicas, evaluaciones psiquiátricas, control de medicamentos, intervenciones por consumo de sustancias y servicios de apoyo comunitario.

Le recomendamos que conserve este manual como fuente de consulta. Si tiene alguna pregunta, consulte a su proveedor de tratamiento asignado.



Condado de Will
Departamento de Salud y
Centro Comunitario de Salud

1. Declaración de Misión del Departamento de Salud del Condado de Will

NUESTRA MISIÓN:

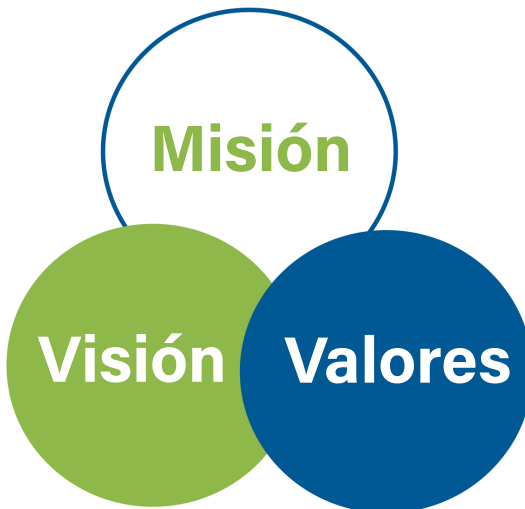
Promover y proteger la salud del Condado de Will a través de políticas equitativas y programas adaptados a las necesidades de la comunidad, lo que garantiza un óptimo bienestar social, mental y físico.

NUESTRA VISIÓN:

Ofrecer programas y políticas sostenibles en respuesta a las necesidades de salud pública de la comunidad.

NUESTROS VALORES:

- **Respeto:** tratar a todos de manera equitativa con compasión, dignidad e importancia.
- **Integridad:** actuar con honestidad, transparencia y responsabilidad.
- **Profesionalismo:** brindar servicios con un alto nivel de conducta a través de una fuerza laboral calificada, diversa y comprometida.
- **Calidad:** proporcionar servicios excepcionales a través de prácticas recomendadas, evaluación, colaboración e innovación.



2. Programas y servicios

El **Programa de Servicios para Adultos** brinda una evaluación integral de la salud mental y servicios de desarrollo de planes de tratamiento, gestión y control de medicamentos, psicoterapia y administración de casos.

El **Programa de Evaluación y Apoyo por Orden Judicial** brinda evaluación de la salud mental para determinar las necesidades terapéuticas. El programa incluye una terapia individual breve centrada en la solución, una carta de finalización y derivación a recursos.

El **Programa para Niños y Adolescentes (C&A)** presta servicios a niños y adolescentes de 5 a 17 años. Los servicios incluyen psiquiatría, evaluaciones psiquiátricas, recetas y control de medicamentos para niños y adolescentes.

El **Programa de Iniciativas y Tratamiento para el Consumo de Sustancias** proporciona servicios ambulatorios y de tratamiento intensivo ambulatorio por consumo de sustancias para personas que no requieran atención hospitalaria o residencial. Están disponibles servicios de tratamiento individuales y grupales. La naloxona está disponible de manera gratuita. Los servicios están diseñados para apoyar la recuperación, la salud y el bienestar de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Servicio Móvil de Respuesta ante Crisis (MCR): el Programa MCR promueve el bienestar de los niños manteniéndolos en entornos menos restrictivos, mediante el trabajo con las familias en sus hogares u otros entornos naturales. Esta iniciativa estatal proporciona estudios de detección, evaluaciones y tratamientos a cualquier niño que pueda estar en riesgo de hospitalización psiquiátrica y que sea elegible para financiamiento público, lo que permite intervenciones tempranas para abordar problemas crecientes.

El programa vincula de manera eficaz a las familias y los tutores con niveles apropiados de atención para cubrir las necesidades de tratamiento de la salud mental de su hijo.

3. Sus derechos

Como paciente de la División de Salud Conductual del Departamento de Salud del Condado de Will, goza de ciertos derechos en virtud de las leyes de Illinois.

1. Será tratado con respecto y honor.
2. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos y responsabilidades en un idioma y un método de comunicación que entienda.
3. Tiene derecho que le proporcionen el nombre del miembro del personal que sea el principal responsable de su atención, tratamiento o servicios.
4. Tiene derecho a revisar y obtener copias de su historia clínica.
5. Tiene derecho a comunicarse con la Comisión de Defensa y Tutela o Equip for Equality, Inc., por preocupaciones de tutela legal, curatela o defensa.
6. Tiene derecho a no sufrir abuso, negligencia y explotación.
7. Usted o su tutor tienen derecho a presentar quejas hasta ante el director ejecutivo del Departamento de Salud, inclusive (consultar la Política de Quejas).
8. Tiene derecho a que no le denieguen, suspendan, cancelen o reduzcan los servicios por ejercer sus derechos.
9. Tiene derecho a comunicarse con el pagador público o la persona designada por este y a ser informado del proceso del pagador público para revisar las quejas.

10. Tiene derecho a que se hagan adaptaciones por motivos de discapacidad, de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Derechos Humanos (775iLCS 5).
11. De acuerdo con la ley, la organización le permite acceder y solicitar modificaciones a su información de salud sobre las divulgaciones de esta información.
12. Será informado de cualquier regla del programa que corresponda a su atención, tratamiento y servicios.
13. Tendrá derecho a que participe su familia en las decisiones sobre atención, tratamiento y servicios.
14. Respetamos su derecho a solicitar una segunda opinión de un asesor.
15. Respetamos su derecho a solicitar una revisión de intervalo de su plan de salud, tratamiento y servicios.
16. Tiene derecho a rechazar la atención, el tratamiento o los servicios de conformidad con la ley y las reglamentaciones. Si rechaza la atención, el tratamiento o los servicios, le informaremos sobre nuestra responsabilidad de conformidad con los estándares profesionales. Si no podemos continuar brindándole servicios, finalizaremos la relación con usted avisándole con un plazo razonable y lo derivaremos.
17. Recibirá atención de una manera que respete su dignidad y sus valores, creencias y preferencias personales y culturales. No se le negará el acceso a la atención por motivos de raza, religión, etnia, orientación sexual, condición de portador de VIH o discapacidad conforme lo especificado en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
18. Tiene derecho a otorgar o negarse a otorgar un consentimiento informado.

19. Tiene derecho a ser notificado de cualquier restricción sobre los derechos del paciente y a que su padre/tutor sea notificado de cualquier representante designado por usted. Si se restringe alguno de sus derechos como paciente, la justificación de dichas restricciones de los derechos será documentada en su historia clínica.
20. Su derecho a la confidencialidad se regirá por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (HITECH).
21. Tiene derecho a designar a una persona que tome decisiones en su nombre si no puede comprender un tratamiento o procedimiento propuesto o es incapaz de comunicar sus deseos sobre la atención.
22. Es posible que le pidan que proporcione un consentimiento informado por escrito para determinadas pruebas o procedimientos. Haga todas las preguntas que necesite para entender por completo cada documento que deba firmar.

4. Para pacientes de salud conductual

Sus derechos también serán protegidos de conformidad con el Capítulo 2 del Código de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo (405 IL-CS 5), la Ley de Confidencialidad y la Confidencialidad de los Registros del Paciente sobre el Consumo de Sustancias (Título 42, Parte 2 del CFR).

Será informado de sus derechos antes de la sesión de evaluación y anualmente en lo sucesivo.

Tiene derecho a comunicarse con los Servicios de Atención Médica y Familiares de Illinois (HFS) o con una persona que este designe, y a ser informado por los HFS o una persona que éste designe sobre el beneficio de atención médica del paciente y el proceso para revisar las quejas.

5. Sus responsabilidades

- » Hacer preguntas sobre su atención, tratamiento y servicios, incluidas preguntas relacionadas con su diagnóstico, medicamentos, servicios recomendados y servicios disponibles.
- » Considerar su seguridad personal al participar en la atención, el tratamiento y los servicios.
- » Informarnos si experimenta problemas o si surgen situaciones que afectarían su atención, tratamiento o servicios.
- » Llegar puntual a sus citas. Si llega tarde, su cita puede ser cancelada.
- » Asistir a todas las citas programadas. Si no puede asistir, notifíquenos para cancelar o reprogramar la cita.
- » Esperamos que se realice el pago en el momento del servicio.
- » Fumar tabaco o productos electrónicos no está permitido en las instalaciones de la Agencia.
- » No podrá traer drogas ilegales o legales ni ningún arma a las instalaciones de la Agencia.
- » Conocer el propósito, el uso adecuado y los posibles efectos secundarios de los medicamentos que le han recetados, así como el uso de sustancias que alteran el estado de ánimo.

6. Confidencialidad

Mantener su información privada es muy importante para nosotros; sin embargo, algunos eventos requieren que los empleados divulguen información fuera del departamento de salud. Estos eventos incluyen, entre otros:

- » Cumplimos con la Ley de Denuncia de Abuso y Negligencia Infantil. Todos los empleados deben denunciar cualquier sospecha de abuso o negligencia. Se realizará una llamada a la línea directa del Departamento de Servicios Infantiles y Familiares 1800-Abuse (1800-252-2873) para pacientes de 0 a 17 años.
- » Cumplimos con la Ley de Abuso y Negligencia de Adultos Mayores y la Ley de Servicios de Protección de Adultos. Todos los empleados deberán denunciar cualquier sospecha de abuso, negligencia o explotación financiera de un adulto con discapacidades o de cualquier persona mayor de 60 años al 1-866-800-1409.
- » Estamos obligados por la Norma 50 de la Oficina de Investigaciones de Sospechas de Abuso o Negligencia del Inspector General a denunciar sospechas de abuso físico, abuso sexual, abuso mental, explotación financiera, negligencia o muerte al 1-800-368-1463.
- » Si nuestro personal capacitado profesionalmente lo evalúa y determina que usted representa un peligro para sí mismo o para terceros, podemos iniciar una hospitalización involuntaria. Solo se compartirá la información mínima necesaria con los paramédicos y el personal de la fuerza pública. Si se indica la hospitalización para un menor de 17 años o menos, un padre/tutor debe dar el consentimiento para la hospitalización del menor.
- » Si se considera que usted necesita atención médica de emergencia, llamaremos al 911 para que reciba asistencia médica. Solo se compartirá la información mínima necesaria con los paramédicos y el personal de la fuerza pública.

7. Tratamiento

El Departamento de Salud del Condado de Will intentará satisfacer sus solicitudes de tratamiento. Se le asignará un proveedor de tratamiento (un trabajador social, terapeuta, estudiante pasante, psicólogo, enfermera/psiquiatra o enfermera especializada registrada (APRN)) para que lo ayude.

Para comenzar el tratamiento, se esperará que firme un formulario de Consentimiento del Servicio. Este formulario de consentimiento puede ser revocado por escrito por usted o su tutor legal en cualquier momento. Se le pedirá que complete el formulario de Consentimiento de Servicio en forma anual.

Los profesionales involucrados en su atención pueden crear un registro electrónico o historia clínica de su información de salud mental para tratarlo, recibir el pago del seguro por los servicios recibidos y cumplir con ciertas políticas y leyes.

Se reunirá con su proveedor de tratamiento asignado, que completará una evaluación integral con usted para identificar sus fortalezas y las áreas que necesita desarrollar para establecer metas de tratamiento a largo y corto plazo. La duración, frecuencia y periodicidad de las sesiones varía según sus necesidades. La duración del tratamiento también depende de su plan de tratamiento individual.

Usted y su proveedor de tratamiento desarrollarán objetivos para alcanzar sus metas.

- » Se le pedirá que firme un Plan de Evaluación y Tratamiento Individual (IATP) para indicar su apoyo al plan de tratamiento.
- » Su IATP será revisado periódicamente con usted, lo que indica su apoyo al plan de tratamiento.

Tiene derecho a rechazar una opción de tratamiento identificada en el plan de tratamiento. Sin embargo, la falta de cumplimiento con el plan de tratamiento recomendado puede afectar su progreso. Si tiene preocupaciones sobre los servicios, comuníquese con el proveedor del tratamiento que trabaja con usted o el gerente del programa en el que usted participa.

Puede solicitarle a su proveedor de tratamiento una derivación en cualquier momento para cosas como las siguientes: servicios médicos/de atención médica, dentales, de cuidado infantil, de transporte y sociales, vivienda, despensas de alimentos, refugios para personas sin hogar, grupos de autoayuda, servicios de inmigración, asistencia jurídica, para dejar de fumar, violencia doméstica y otros servicios que necesite.

8. Ausencia a citas

Reconocemos que es posible que las personas necesiten cambiar sus horarios de manera inesperada. Si no puede asistir a una cita, llame a su proveedor de tratamiento tan pronto como sea posible para cancelarla o reprogramarla. Si no se cancela una cita con una antelación mínima de 24 horas, es posible que se le aplique un cargo por no acudir a ella.

Nos reservamos el derecho a darle el alta del tratamiento cuando no asista a dos (2) citas consecutivas sin previo aviso o si no asiste a tres (3) citas en un plazo de 90 días.

9. Horario de la clínica y servicio

El horario de atención puede variar según el sitio y el programa. Comuníquese con su proveedor de tratamiento para obtener una lista completa del horario de servicio para el programa en el que está participando.

Ubicaciones de los programas de la División de Salud Conductual del Departamento de Salud del Condado de Will

Oficina central

501 Ella Avenue

Joliet, IL 60433

Teléfono: 815-727-8521

Oficina de Bolingbrook

335 Quadrangle Drive

Bolingbrook, IL 60440

Teléfono: 630-679-7020

Oficina de la sucursal este

5601 W. Monee-Manhattan Rd.

Monee, Illinois 60484

708-534-0800

Servicios de emergencia

En caso de una emergencia de salud conductual durante el horario de atención, comuníquese con su proveedor de tratamiento. Después del horario de atención:

Para todos los residentes del condado de Will: Llamar al 911.

Para niños y adolescentes: Línea CARES 1-800-345-9049

10. Seguro del paciente

Debe informarnos si se realiza un cambio en su póliza de seguro de salud (proveedor o número de póliza) y en la dirección y el número de teléfono de su vivienda. Si no nos informa los cambios en su proveedor o número de póliza del seguro de salud podría tener que pagar el cargo completo si el pago es rechazado por el pagador.

Información de facturación

Proporcionémos una copia del frente y dorso de su tarjeta del seguro. Podemos copiar la tarjeta por usted durante su admisión.

Debe completar una entrevista de admisión antes de ser visto por su proveedor de tratamiento. Esto nos permitirá asegurar el pago a través de su proveedor de seguro, Medicaid, Medicare o el Departamento de Salud Mental de Illinois y nos ayudará a ofrecer un tratamiento de alta calidad. No completar los documentos requeridos puede dar lugar a la finalización del servicio, ya que no tendremos la información necesaria para seguir nuestras pautas regulatorias u ofrecerle un tratamiento eficaz.

Pago de los servicios

Se solicitará el pago en cada consulta y el monto se basará en su situación económica y la lista de tarifas variables. Recibirá un estado mensual de los cargos o tarifas incurridos. Podrá pagarlos en efectivo, con cheque o tarjeta de crédito. Si tiene preguntas, llame al 815-727-8437 y hable con un especialista en reembolso.

Tarifas reducidas

Cuando el pago de los servicios se realiza por cuenta propia y no puede realizar el pago completo por los servicios recibidos, puede solicitar una tarifa reducida. Su tasa de tarifa reducida será revisada cada seis (6) meses para determinar cualquier cambio en su situación económica.

11. Historia clínica

Su registro de información de salud protegida (PHI) por lo general contendrá la siguiente información:

- » Registros obtenidos durante la admisión, incluidos su historia clínica y antecedentes, información del pagador, solicitudes de escala de tarifas móviles y una carta de determinación que refleje la tarifa de pago privada con descuento para el servicio, y el formulario de divulgación de datos.
- » Los informes de tratamientos incluyen evaluaciones de diagnóstico, notas de progreso, planes de tratamiento, revisiones trimestrales y otros informes profesionales obtenidos con su permiso por escrito de otros proveedores o agencias comunitarios.

Acceso a registros

- » Tiene derecho a leer o recibir una copia de su PHI si tiene más de 12 años. Si es menor de 18 años, sus padres o tutores legales deben firmar la divulgación del registro.
- » Estamos obligados a ofrecerle ayuda para comprender su PHI, pero usted puede rechazar esta ayuda.

- » Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo su PHI se utiliza con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pero el Departamento de Salud no está obligado a aceptar su solicitud. Las solicitudes deben presentarse por escrito.

12. Aviso de privacidad

Prácticas y confidencialidad

Confidencialidad significa mantener la privacidad de su tratamiento aquí. Todo lo que sepamos sobre usted se mantendrá privado. Cuando usted y su proveedor de tratamiento completen el formulario de Consentimiento de Divulgación de Información, usted tiene el derecho a limitar qué información o qué parte de la información se divulga.

El Departamento de Salud utiliza su PHI e información de salud mental para obtener el pago de los servicios que brindamos. Por ejemplo, es enviada a las compañías de seguro, Medicare o Medicaid. En la mayoría de los casos, deberá firmar un acuerdo financiero en el que autoriza a facturar a los pagadores (las excepciones incluyen determinados servicios contractuales y basados en subvenciones, como aquellos con otras agencias gubernamentales).

La información que le pedimos que nos brinde es necesaria para poder proveerle nuestros servicios. Salvo que sea dispuesto por un tribunal, usted no está obligado por ley a proporcionarnos información.

Su PHI puede utilizarse para determinar si nuestros pacientes están recibiendo el tratamiento adecuado. Su PHI puede utilizarse para recordarle una cita.

Requisitos legales:

El Departamento de Salud puede divulgar su PHI sin su consentimiento según lo requerido o autorizado por la ley. Estos son algunos ejemplos:

- » **Salud pública:** se podría divulgar su PHI para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar nacimientos o muertes, informar reacciones a medicamentos o dispositivos médicos, notificar a una persona de su exposición a una enfermedad, o informar supuestos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- » **Actividades de supervisión de la salud:** las autoridades estatales o federales pueden exigir la divulgación de PHI para determinar la elegibilidad para programas de beneficios públicos y coordinar la implementación de esos programas.
- » **Procedimientos judiciales y administrativos:** la PHI puede divulgarse en procedimientos judiciales (legales) y administrativos.
- » **Aplicación de la ley:** la PHI puede divulgarse para cumplir con solicitudes como parte de una orden judicial, orden de registro, citación, emplazamiento o proceso similar. Se puede utilizar para ubicar a una persona perdida, identificar una víctima de un crimen, denunciar una actividad criminal en nuestras oficinas o en una emergencia.
- » **Investigación:** deberá firmar un formulario de autorización antes de que utilicemos o divulguemos PHI con fines de investigación, salvo en situaciones limitadas, incluso si desea participar en un estudio de investigación.

13. Procedimiento para la presentación de denuncias y quejas

Las quejas surgen de problemas menores que normalmente pueden resolver los empleados presentes en el momento en que se plantea el problema, mientras que las denuncias son más graves y suelen requerir una investigación sobre las acusaciones relativas a la calidad de la atención brindada al paciente.

Los pacientes no serán excluidos de participar, ni se les negarán los beneficios ni serán objeto de discriminación de ningún tipo por motivos de raza, religión, género, etnia, cultura, valores

espirituales, edad, enfermedad, discapacidad, condición de portador de VIH, orientación sexual, color, credo, nacionalidad, antecedentes penales o estado de asistencia pública.

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con las recomendaciones (escritas u orales) realizadas por su proveedor de tratamiento. Si no está de acuerdo con alguna información escrita, tiene derecho a apelar para hacer una modificación.

Si tiene una queja, denuncia o si siente que sus derechos han sido vulnerados, hable con su proveedor de tratamiento. Le recomendamos utilizar el quiosco electrónico para ingresar la información. También puede pedir a su proveedor o supervisor de tratamiento que le proporcione un formulario de queja/denuncia del paciente. Su proveedor de tratamiento debe ayudarlo a presentar una denuncia sin represalias y debe documentar la queja/denuncia en su registro.

En el formulario se le pedirá que indique la queja, la fecha y hora del incidente, los motivos por los que presenta la queja y una sugerencia de una resolución justa. Si su problema no es resuelto, puede pedir hablar con el director de la División de Salud Conductual o incluso el director ejecutivo del Departamento de Salud.

Todas las denuncias se presentarán al Director de Cumplimiento para su revisión, según corresponda, por parte de las autoridades de acreditación y concesión de licencias y el director de la división. El comité de cumplimiento procesará la información sobre las denuncias y buscará tendencias de datos, resultados y soluciones a los problemas y patrones persistentes.

La decisión del Director de la División sobre las denuncias se tendrá en cuenta en la decisión final.

Las quejas sobre la conducta profesional de los proveedores de tratamiento también se pueden registrar ante la Comisión de Defensa y Tutela de Illinois llamando al (708) 338-7500.

Otros recursos

Comisión de Defensa y Tutela

9511 Harrison Ave. FA 101

Des Plaines, IL 60016

Línea gratuita 1 (866) 274-8023 o TTD (312) 793-5937

Departamento de Servicios Infantiles y Familiares

1619 West Jefferson Street

Joliet, IL 60435

(815) 730-4000

Oficina del Fiscal General de Estados Unidos

219 S. Dearborn Ave., Suite 5000

Chicago, IL 60604

(312) 353-5300

Equip For Equality, Inc.

11 E. Adams St., Suite 1200

Chicago, IL 60603

(312) 341-0022

División de Alcoholismo y Abuso de Sustancias del

Departamento de Servicios Humanos de Illinois

State of Illinois Center, Suite 5-600

100 W. Randolph Street

Chicago, IL 60601

(312) 814-3840

Departamento de Servicios Humanos de Illinois

45 E. Webster St.

Joliet, IL 60432

815-740-5350

14. Alta y/o finalización de los servicios

Motivos de la finalización o el alta de los servicios:

- » Se ha indicado a través de evaluaciones que usted requiere un nivel de atención más o menos restringido.
- » El alta del tratamiento se incorpora al plan de tratamiento y generalmente ocurre después de alcanzar las metas del tratamiento.
- » La falta de cumplimiento con las actividades de tratamiento acordadas puede dar lugar al alta administrativa.
- » Usted también puede finalizar los servicios en cualquier momento, pero la División de Programas de Salud Conductual del Departamento de Salud del Condado de Will solicita que analice esta decisión con su proveedor de tratamiento.
- » Tenga en cuenta que negarse a dar su consentimiento para divulgar la información sobre el tratamiento al organismo designado puede dar lugar a la finalización de los servicios.
- » La falsificación de información respecto de cualquier información en la que confiemos para recibir un pago por nuestros servicios.
- » Tres (3) ausencias a citas sin previo aviso dentro de los 90 días.
- » Nos reservamos el derecho a finalizar el servicio a aquellos pacientes que incurran en comportamientos amenazantes, lenguaje o comportamientos abusivos, cualquier forma de acoso, o que se perciba que están bajo los efectos del alcohol u otras drogas.
- » Traer drogas ilegales o legales o cualquier arma a las instalaciones de la Agencia.



Condado de Will

**Departamento de Salud y
Centro Comunitario de Salud**