

DERECHOS DE LOS MIEMBROS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Todos los centros de tratamiento o recuperación de trastornos por consumo de sustancias (SUD) autorizados o certificados del condado de Sonoma deben adoptar y poner a disposición de todos los miembros y posibles miembros una declaración de derechos del miembro que garantice que las personas que reciben tratamiento para SUD sepan que tienen derecho a lo siguiente:

1. Recibir tratamiento para la enfermedad crónica y potencialmente mortal del trastorno por consumo de sustancias con honestidad, respeto y dignidad, incluida la privacidad en el tratamiento y en el cuidado de las necesidades personales.
2. Recibir información del proveedor de tratamiento sobre todos los aspectos del tratamiento recomendados para el miembro, incluida la opción de no recibir tratamiento, los riesgos del tratamiento y el resultado o los resultados esperados.
3. Recibir tratamiento por parte de proveedores de tratamiento con personal calificado.
4. Recibir tratamiento basado en evidencia.
5. Recibir tratamiento simultáneo para afecciones de salud conductual concurrentes, cuando sea médicamente apropiado y el proveedor de tratamiento esté autorizado para tratar afecciones concurrentes.
6. Recibir un plan de tratamiento individualizado y orientado a los resultados (o un plan de recuperación o una lista de problemas, según CalAIM).
7. Permanecer en tratamiento durante el tiempo que el proveedor de tratamiento esté autorizado para tratar al miembro.
8. Recibir apoyo, educación y tratamiento para sus familias y seres queridos si el proveedor de tratamiento está autorizado para brindar estos servicios.
9. Recibir atención en un entorno de tratamiento que sea seguro y ético.
10. No sufrir abuso físico y mental, explotación, coerción ni restricción física.
11. Ser informado de estos derechos una vez inscrito para recibir tratamiento, como se evidencia mediante un reconocimiento por escrito o mediante la documentación del personal en el expediente clínico de que se entregó una copia escrita de estos derechos.
12. Ser informado por el proveedor de tratamiento sobre la ley con respecto a las quejas, incluyendo, entre otros, la dirección y el número de teléfono del DHCS.
13. Recibir atención ética que cubra y garantice el pleno cumplimiento de los requisitos establecidos en el Capítulo 5 (comenzando con la Sección 10500) de la División 4 del Título 9 del Código de Regulaciones de California y las normas de certificación del programa de alcohol y otras drogas adoptadas de conformidad con la Sección 11830.1, si corresponde.
14. No sufrir ninguna forma de restricción o aislamiento utilizado como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia, como se especifica en las regulaciones federales sobre el uso de restricciones y aislamiento.
15. Si se aplica la regla de privacidad, como se establece en las partes 160 y 164, subpartes A y E del Título 45 del CFR, solicitar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que se modifiquen o corrijan, como se especifica en los artículos 164.524 y 164.526 del Título 45 del CFR.
16. Recibir información oportuna sobre una determinación adversa de beneficios, por escrito, de conformidad con el artículo 42 del CFR, artículo 438.10.
17. Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento, presentada en un idioma y formato que sea fácil de entender.
18. Solicitar servicios gratuitos de interpretación.
19. Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
20. Presentar una queja, apelación, apelación acelerada o solicitud de una Audiencia Estatal sin represalias.
21. Autorizar a una persona para que actúe en su nombre durante los procesos de queja, apelación o Audiencia Estatal.
22. Solicitar un cambio de proveedor, una segunda opinión o un cambio en el nivel de atención.

Para recibir ayuda con cuestiones relacionadas con sus derechos, llame a:

El Defensor de los Derechos del Paciente de SUD al: 1-707-565-4978

DERECHOS DEL MIEMBROS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

RECLAMO – APELACIÓN – APELACIÓN ACELERADA

Los clientes del condado de Sonoma, o su representante autorizado, pueden presentar una queja, apelación o apelación acelerada en relación con la insatisfacción con los servicios o si siente que puede haber sido discriminado.

Para presentar una queja, apelación o apelación acelerada en cualquier momento, complete el formulario de queja/apelación/apelación acelerada disponible en nuestro sitio web [Formularios y materiales para contratistas de salud conductual \(ca.gov\)](http://www.ca.gov), o en el vestíbulo de la oficina del programa y envíelo al coordinador de quejas en el formulario dirigido a usted mismo sobre provisto. O bien, puede enviar su queja por correo electrónico, correo postal o teléfono al Coordinador de quejas del condado de Sonoma utilizando la información de contacto que se detalla a continuación.

Puede presentar una queja por discriminación directamente ante el condado de Sonoma, o puede presentar su queja por discriminación directamente ante la Oficina de Derechos Civiles del DHCS, dentro de los **365 días** a partir del día en que ocurrió la discriminación.

Información de contacto del Coordinador de quejas de SUD: Teléfono 1-707-565-7895, 1-800-870-8786, TTY: 711

O; envíe un correo a:

Sonoma County Behavioral Health Division
C/O Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way
Santa Rosa CA, 95407-5419

Se le notificará la decisión por escrito:

- Para una queja por SUD o discriminación dentro de los **30 días** calendario a partir de la recepción,
- Para una apelación por SUD dentro de los **30 días** calendario a partir de la recepción,
- Para una apelación acelerada por SUD dentro de las **72 horas** a partir de la recepción.

La siguiente es la información de contacto para presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del DHCS y/o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU:

DHCS Office of Civil Rights
PO Box 997413 MS 0009
Sacramento, CA, 95899-7413
Phone: 1-916-440-7370
Email: CivilRights@DHCS.CA.gov

U.S. Health and Human Services Office of Civil Rights:
Phone: 1-800-368-1019; TDD: 1-800-537-7697,
Email: OCRComplaint@hhs.gov,

Online portal: [U.S. Department of Health & Human Services - Office for Civil Rights \(hhs.gov\)](http://www.hhs.gov)

AUDIENCIA ESTATAL

Como miembro de Medi-Cal, tiene derecho a solicitar una Audiencia Estatal, que es una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales. Tiene derecho a una Audiencia Estatal si recibió un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD) y agotó el proceso de Quejas/Apelaciones/Apelación Acelerada del condado, o si el condado no cumple con los requisitos de notificación y tiempo de la Apelación.

También puede solicitar una Audiencia Estatal en respuesta a la recepción de un Aviso de Resolución de Apelación (NAR, por sus siglas en inglés) sobre el resultado de una NOABD. El miembro tiene **120 días** calendario a partir de la fecha de la NAR para solicitar una Audiencia Estatal. Si presenta una solicitud de Audiencia Estatal dentro de los **10 días** calendario posteriores a la recepción de una NOABD, en determinadas circunstancias, su nivel actual de servicios puede mantenerse, a la espera del resultado de la audiencia.

Para obtener ayuda para solicitar una audiencia estatal, llame al;
La División de Audiencias del Estado en Sacramento llama por teléfono:
1-800-952-5253, TDD: 1-800-952-8349