



Bienvenido

a clínica comunitaria de salud conductual certificada

North Texas Behavioral Health Authority

Nuestra misión colectiva como clínica comunitaria de salud conductual certificada (Certified Community Behavioral Health Clinic, CCBHC) es fortalecer a las personas, apoyar a las familias y servir a las comunidades a través de una atención médica bien coordinada e integrada, con un enfoque holístico y de acceso universal que brinde servicios accesibles, de alta calidad y orientados a la recuperación.

Si prefiere recibir servicios en un idioma distinto al inglés, podemos comunicarnos a través de intérpretes cualificados, en más de 240 idiomas.

<p>Arabic: عربي إذا كنت في حاجة إلى مترجم، أشر إلى اللغة المطلوبة</p>	<p>Korean: 한국어 통역서비스가 필요한 언어를 선택하십시오.</p>
<p>Bengali: বাংলা আপনার যদি একজন দোভাষীর প্রয়োজন হয়, সে ক্ষেত্রে অনুগ্রহ করে আপনার ভাষা উল্লেখ করুন</p>	<p>Mandarin (in Simplified Chinese): 普通话 如果您需要译员，请指向您的语言。 <i>(in Traditional Chinese):</i> 國語 如果您需要譯員，請指向您的語言</p>
<p>Burmese: မြန်မာ စကားပြန်လိုရင် သင့်ဘာသာစကားကို လက်ညှိုးထိုးပြပါ။</p>	<p>Nepali: नेपाली यदि तपाईंलाई दोभाषे आवश्यक परेमा, कृपया आफ्नो भाषामा संकेत गर्नुहोस्</p>
<p>Cantonese (in Simplified Chinese): 粤语 如果您需要译员，请指向您的语言。 <i>(in Traditional Chinese):</i> 粵語 如果您需要譯員，請指向您的語言</p>	<p>Polish: Polski Jeśli potrzebują Państwo tłumacza, proszę wskazać na swój język.</p>
<p>Farsi: فارسی اگر به مترجم احتیاج دارید لطفاً با انگشت زبان خود را نشان دهید.</p>	<p>Portuguese: Português Se precisa de um intérprete aponte para o nome da língua que fala.</p>
<p>French: Français Si vous avez besoin d'un interprète, indiquez votre langue.</p>	<p>Punjabi: ਪੰਜਾਬੀ ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੰ ਟਰਾਂਸਲੇਟਰ ਦੀ ਸੁਝ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਹ ਟਿੱਕਾ ਚੁਣੋ ਜਿਹੜੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲ ਸੰਕੇਤ ਕਰੇ।</p>
<p>Haitian Creole: Kreyòl Ayisyen Si w bezwen yon entèprèt, montre ki lang ou pale.</p>	<p>Russian: Русский Если Вам нужен переводчик, укажите свой язык.</p>
<p>Italian: Italiano Se avete bisogno di un interprete, puntate alla vostra lingua.</p>	<p>Somali: Soomaali Hadaad u baahan tahay qof kuu turjuma, tilmaamo luqadaada.</p>
<p>Japanese: 日本語 通訳をお捜しの場合、必要な言語を指し示してください。</p>	<p>Spanish: Español Si necesita un intérprete, señale su idioma.</p>
<p>Karen: ကညီ နမ့်လိန်ဘုန် ပုၤကတိၤကျိၣ်ထံတၢ်ဆယံၣ်, ဝံသးစ့ၤန့ၣ်ယံၤဆူန့ၣ်န့ၣ်ဆိၣ်ဆလီၢ်</p>	<p>Vietnamese: Tiếng Việt Nếu cần thông dịch viên xin hãy chỉ vào ngôn ngữ của quý vị.</p>

Gracias por acercarse a uno de los varios puntos de entrada que conducen a nuestra clínica comunitaria de salud conductual certificada/sistema de atención médica North Texas Behavioral Health Authority. Nuestro enfoque de acceso universal tiene como objetivo eliminar barreras y hacer que el acceso a la atención y a los servicios sea lo más fácil posible para usted y sus seres queridos. También significa que, independientemente de cómo se conecte con nosotros, usted puede esperar una atención continua y de alta calidad, de manera constante, en todos los programas y servicios.

La práctica de nuestra clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority es garantizar que usted o los miembros de su familia reciban un tratamiento relevante y efectivo. Con ese fin, el personal hará todo lo posible para garantizar que usted se sienta valorado y que se satisfagan sus necesidades.

Ayúdenos a avanzar lo antes posible hacia ese objetivo indicándonos el motivo de su consulta. _____

Tenga en cuenta que queremos tener en cuenta cualquier trauma pasado o actual y **cualquier** evento que lo afecte a usted o afecte a un ser querido. Una comprensión profunda de las circunstancias de su vida nos preparará mejor para brindarle un tratamiento eficaz centrado en la sanación. Aquí hay espacio para contarnos sobre esas experiencias, pero si esto le resulta incómodo, le recomendamos que comparta cualquier información que desee con un médico clínico en cualquier momento, durante el transcurso de su atención.

También es importante para nosotros conocer los síntomas de las personas que buscan servicios.

Indique qué síntomas tiene usted o su ser querido marcando todos los que corresponden.

Ansiedad Falta de apetito Preocupación Miedo Ataques de pánico Tristeza
Dolor Soledad Aislamiento Irritabilidad Ira Oír o ver cosas que otros no oyen o ven
Recuerdos recurrentes Cambios de humor Cambios en los hábitos del sueño
Problemas de concentración Sentirse abrumado Consumo de drogas o alcohol para sentirse mejor

¿Siente que desea hacerse daño? Sí No

¿Siente que desea lastimar a otras personas? Sí No

Aprender un poco sobre su tratamiento o el de un ser querido nos ayudará a comprender dónde encontrarnos con usted en el proceso de recuperación y nos ayudará a evitar sugerir formas de atención que ya ha probado, etc.

¿Ha recibido algún tratamiento de salud mental en otro lugar? Sí No

¿Si la respuesta es sí, dónde? _____

Si la respuesta es sí, la fecha más reciente: _____

¿Si la respuesta es sí, para qué síntomas o circunstancias recibió tratamiento? _____

¿Usted o un ser querido planean regresar a aquel centro o proveedor? Sí No

Ha tenido una hospitalización psiquiátrica en los últimos 12 meses: Sí No

¿Si la respuesta es sí, en qué hospital? _____

Si la respuesta es sí, la fecha más reciente: _____

Lista de medicamentos que toma habitualmente:

¿Usted o un ser querido fueron recomendados por alguien? Si es así, proporcione su nombre:

Utilice este espacio para contarnos cualquier cosa adicional que desee que sepamos. _____

El objetivo del personal de la clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority es mantener una actitud empática y receptiva en todas las fases de la atención. Estamos enfocados en crear un ambiente de elección, respeto y esperanza. Se encuentra dentro de la misión de la clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority brindar servicios integrales relacionados con el consumo de sustancias, otras necesidades de salud mental y problemas relacionados con la salud física, para mejorar el éxito de la recuperación. Estos servicios integrales pueden incluir remisiones a otros proveedores cuando sea apropiado. Sin embargo, usted podrá participar plenamente en cualquier recomendación o decisión sobre su tratamiento. Lo involucraremos en la planificación de una recuperación centrada en la persona y orientada a la familia, y sus elecciones y preferencias estarán a la vanguardia de ese proceso.

Valoramos su bienestar, su calidad de vida y los de sus seres queridos y le agradecemos que haya confiado en nosotros para brindarle ayuda durante su recuperación.

La clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority es una entidad unificada, creada por la North Texas Behavioral Health Authority (NTBHA) junto con Child and Family Guidance Center (CFGC); Homeward Bound, Inc. (HWB) y Southern Area Behavioral Healthcare (SABH).

Algunas palabras sobre su capacidad para recibir servicios de una agencia de su elección:

Las personas que reciben servicios de nuestra CCBHC NTBHA tienen derecho a elegir su proveedor. Los coordinadores de atención de la NTBHA abordan la libertad de elección en todas sus actividades y, durante el proceso de detección, evaluación y diagnóstico, la elección de proveedores se analizará con cada persona o familia que ingrese a estos servicios. Si se requieren servicios especializados que están fuera de nuestro alcance, las remisiones se realizarán fuera de la cooperativa de la CCBHC, a través de la red de proveedores o con agencias con las que tenemos acuerdos de remisión para la coordinación de servicios.

UBICACIONES Y HORARIOS DE ATENCIÓN



NORTH TEXAS BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY:

Oficinas administrativas en Dallas
(solo operaciones comerciales)

Ubicadas junto con HWB en
Corsicana Respite House
p.m.(solo con cita previa)

y en
Dallas Deflection/Respite Center
(solo por remisión o con cita previa)

Ubicadas junto con SABH en
Dr. Louis E. Deere Behavioral Health Complex
3001 Al Lipscomb Way
Dallas, Texas 75215
Lunes a viernes de 8 a.m. a 5

y en
The Kaufman Bridge
108 W. Grove St.
Kaufman, Texas 75142
Lunes a jueves de 8 a.m. a 7 p.m., viernes de 8 a.m. a
5 p.m., sábados de 8 a.m. a 12 p.m.

Teléfono: 214-366-9407

Línea de remisión del coordinador de la atención: 800-241-8716

Línea directa de crisis las 24 horas al día, los 7 días a la semana: 1-866-260-8000



CHILD AND FAMILY GUIDANCE CENTER:

8915 Harry Hines Boulevard
Dallas, Texas 75235
Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

120 West Main Street, Suite 220
Mesquite, TX 75149
Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

4031 West Plano Pkwy, Suite 211
Plano, Texas 75093
Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

106 South Jefferson Street
Kaufman, Texas 75142
Lunes a jueves de 8 a.m. a 12 p.m. y 1 p.m. a 5 p.m.

1505 West Jefferson Street, Suite 120
Waxahachie, Texas 75165
Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Ubicadas junto con HWB en
319 North 12th Street, Suite 1
Corsicana, Texas 75110
Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Teléfono: 214-351-3490



HOMEWARD BOUND, INC.

2535 Lone Star Dr.
Dallas, Texas 75212
Lunes a viernes de 10 a.m. a 4 p.m.

1930 E. Rosemeade Pkwy., Suite 106
Carrollton, TX 75007
Lunes y martes de 1 p.m. a 9 p.m.,
miércoles de 10 a.m. a 7 p.m.,
jueves de 1 p.m. a 9 p.m.,
viernes de 10:30 a.m. a 6:30 p.m.

ubicado junto con CFGC en
319 N. 12th St., Suite 6
Corsicana, Texas 75110
Lunes a jueves de 9 a.m. a 5 p.m.

5300 University Hills Boulevard
Dallas, Texas 75241
Lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

ubicado junto con NORTH TEXAS BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY en

Corsicana Respite House
(solo con cita)

y en
Dallas Deflection/Respite Center
(solo por remisión o con cita previa)

Salud mental: 214-941-3500 int. 210
Consumo de sustancias: 214-941-3500 int. 246



SOUTHERN AREA BEHAVIORAL HEALTHCARE:

4215 Gannon Lane

Dallas, Texas 75237

Lunes a viernes de 2 p.m. a 10 p.m., sábado de 1 p.m.
a 7 p.m. y domingo de 2 p.m. a 7 p.m.

ubicado junto con NTBHA en

Dr. Louis E. Deere Behavioral Health Complex

3001 Al Lipscomb Way

Dallas, Texas 75215

Lunes a viernes de 10 a.m. a 7 p.m.

y en

The Kaufman Bridge

110 W. Grove St.

Kaufman, Texas 75142

Lunes a viernes de 10 a.m. a 7 p.m.

Teléfono: 972-283-9090

CONDICIONES GENERALES DE TRATAMIENTO

Persona que recibe servicios (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número del Seguro Social

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS/ACUERDO GENERAL

Por la presente se otorga autorización y consentimiento para que la persona mencionada anteriormente reciba servicios ambulatorios de salud mental o consumo de sustancias, diagnóstico y tratamiento por parte del personal de nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare). Se entiende que estos servicios incluyen una evaluación y valoración para ayudar a determinar las necesidades de tratamiento o servicio de forma presencial o a través de la telemedicina. También se reconoce que, en caso de que los servicios se reciban a través de la telemedicina, se brindarán mediante la tecnología de videoconferencia y habrá un auxiliar médico disponible para ayudar con la conectividad y con cualquier pregunta o inquietud antes, durante o después de la sesión. Se comprende la importancia de proporcionar información detallada y precisa en respuesta a esta evaluación. Después de la evaluación y antes de firmar el plan del servicio individualizado, se proporcionará una explicación detallada del programa de tratamiento propuesto a través del idioma o método preferencial de la persona mencionada anteriormente. Esta explicación cubrirá los tipos de servicios que nuestro personal de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) ha determinado que serían los más beneficiosos. Además, se presentará y analizará cualquier tratamiento o servicio alternativo al programa de tratamiento propuesto. Cualquier cambio que haya en el programa de tratamiento o servicio será explicado. También se buscará y se obtendrá el consentimiento antes de comenzar con la implementación del cambio. Firmar a continuación afirma la autoridad legal para otorgar este consentimiento. Se reserva el derecho de retirar esta autorización y consentimiento mediante notificación por escrito en cualquier momento. Se ha brindado la oportunidad de revisar este formulario y la firma a continuación confirma el acuerdo con todas las disposiciones contenidas en este documento. Cualquier desacuerdo o reserva puede indicarse mediante la negativa de firmar a continuación.

Firma de la persona o su representante legalmente autorizado
(legally authorized representative, LAR)

Fecha

Nombre en letra de imprenta de la persona o de su LAR

Relación con la persona en los servicios

DERECHOS DE LOS CLIENTES

[ESTE FORMULARIO SE DEBE ENTREGAR A LAS PERSONAS PARA QUE LO GUARDEN.]

La clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority reconoce y protege los derechos de las personas que reciben servicios, entre ellos:

- el derecho a un acceso imparcial al tratamiento, independientemente de su raza, religión, género, etnia, edad, discapacidad u orientación sexual;
- el derecho a ser tratadas de una manera que preserve y mejore su respeto por sí mismas y su individualidad;
- el derecho a recibir servicios de cualquier proveedor de su elección dentro de la clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority o la red de proveedores de la North Texas Behavioral Health Authority;
- el derecho a recibir la información necesaria para dar el consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento;
- el derecho a rechazar el tratamiento y a ser informado de las consecuencias de dicho rechazo;
- el derecho a participar activamente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado y a que el plan se revise periódicamente (esto incluye el derecho a conocer y reunirse con los miembros del personal profesional responsables de su atención, a conocer sus cualificaciones profesionales y conocer sus puestos dentro del personal);
- el derecho a obtener información actualizada sobre su evaluación, tratamiento y pronóstico en términos comprensibles;
- el derecho al tratamiento confidencial de sus registros personales e historia clínica (la información de estas fuentes no se divulgará sin el consentimiento previo, excepto según lo exija la ley o en virtud de contratos de pago con terceros);
- el derecho a expresar opiniones, recomendaciones y reclamos en relación con las políticas y servicios ofrecidos por la clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority en cualquiera de sus ubicaciones;
- el derecho a negarse a participar en un programa de investigación sin comprometer el acceso a los servicios a los que de otro modo tendrían derecho;
- el derecho a conocer y participar en la planificación de su alta y a recibir información de referencia adecuada antes de la terminación de los servicios.

Los derechos del cliente también están disponibles en el Texas Administrative Code (Código Administrativo de Texas), título 26, parte 1, capítulo 320, subcapítulo A, https://texas-sos.appianportalsgov.com/rules-and-meetings?chapter=320&interface=VIEW_TAC&part=1&subchapter=A&title=26

El manual de los derechos del consumidor del Texas Department of State Health Services (Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas) se puede consultar a través de este enlace:

<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:US:560bc87c-064e-4e5a-bd43-c6015b68165a>

Ambos documentos también están disponibles bajo solicitud.

PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN DE QUEJA/RECLAMOS

Departamento de Servicios Clínicos

La clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority está comprometida con las inquietudes de sus clientes y con recibir comentarios de ellos. El proceso para un cliente que tiene un reclamo o una pregunta es el siguiente.

1. Comience por conversar acerca de la inquietud con su proveedor clínico. Esto a menudo aclarará malentendidos o problemas simples.
2. Si su inquietud no se resuelve satisfactoriamente, puede hablar con nuestro *** puesto/título al número de teléfono *** o al número gratuito ***.
3. Si la inquietud aún no se resuelve de manera satisfactoria, puede comunicarse con:

Cargo/título, nombre, credenciales,
dirección,
número de teléfono, interno

4. Si la inquietud aún no se resuelve satisfactoriamente, puede comunicarse con:

Quality Management Department (Departamento de Gestión de Calidad)
por teléfono al: 833-392-4800
o por escrito vía correo electrónico a qm@ntbha.org

o por correo postal a:

North Texas Behavioral Health Authority
Attention: QM Department
8111 LBJ Freeway, Suite 900
Dallas, Texas 75251

5. Si prefiere enviar sus comentarios de forma anónima o sin contacto directo con el personal de la agencia, escanee el código QR a continuación o visite <https://form.jotform.com/230315109399052> para completar el formulario de devoluciones.



*Si en algún momento siente que lo han tratado de manera poco ética o que se han violado sus derechos, usted tiene el derecho de presentar una queja ante la junta estatal que rige la disciplina del personal:

Texas Medical Board 333 Guadalupe
Austin, TX 78701
(512) 305-7700

Texas Board of Nursing William P. Hobby Building 333 Guadalupe, Suite 3-460
Austin, TX 78701-3944
(512) 305-6838

Texas State Board of Examiners of Licensed Professional Counselors 100 W. 49th St.
Austin, TX 78756-3183
1-800-232-3162

Texas Board of Social Worker Examiners 1100 W. 49th St.
Austin, TX 78756-3183
1-800-232-3162

Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse (TCADA) 9001 North I 35, Suite 105
Austin, TX 78753-5233
1-800-832-9623

U.S. Department of Disability – Americans with Disabilities Act 950 Pennsylvania Ave, NW
Civil Rights Division Disability Rights Section – NYA
Washington, D.C. 20530
202-307-0663

DERECHOS DEL CLIENTE Y PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Por la presente acuso recibo de una declaración escrita sobre mis derechos y responsabilidades como persona que recibe los servicios, en la que se me indica cómo registrar cualquier queja que pueda tener.

Este es un formulario de consentimiento legal y cesión de beneficios. Léalo atentamente y haga todas las preguntas que puedan surgirle antes de firmarlo. Este consentimiento es válido solo por doce (12) meses y debe renovarse anualmente si los servicios continúan.

Firma de la persona o su representante legalmente autorizado
(legally authorized representative, LAR)

Fecha

Nombre en letra de imprenta de la persona o de su LAR

Relación con la persona en los servicios

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA ATENCIÓN A TRAVÉS DE LA TELESALUD

Nombre de la persona: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Por la presente doy mi consentimiento voluntariamente para participar en sesiones de telesalud, mediante las cuales recibiré servicios terapéuticos o de profesionales que emiten recetas a través de la tecnología de videoconferencias.
2. Me han informado sobre cómo se utilizará la tecnología de videoconferencias para brindarme atención. Entiendo que esta manera de brindar la atención no será lo mismo que una interacción cara a cara en mi consulta al proveedor de atención médica debido a que no estaremos en el mismo lugar.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales asociados con el uso de esta tecnología, que incluyen, entre otros, interrupciones, fallas de audio o video, accesos no autorizados y dificultades técnicas. Entiendo que yo o mi(s) proveedor(es) de atención de la salud mental podemos suspender la sesión de telesalud si uno de nosotros considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación dada.
4. Entiendo que, durante mi sesión de telesalud, tendré un auxiliar clínico disponible en mi ubicación en caso de que tenga alguna pregunta o inquietud antes, durante o después de la sesión (solo corresponde a servicios presenciales).
5. Entiendo que, en cualquier momento, si mi proveedor de atención de la salud mental o yo decidimos que la telesalud no es el tipo de atención adecuada para mí, mi proveedor o yo podemos cancelar la teleconsulta o la telemedicina. Entiendo que, si mi proveedor de atención de la salud mental considera que es necesaria una cita presencial, tendré que acudir al lugar más cercano posible para una visita en persona.
6. Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para divulgar cualquier información de atención médica, incluida, entre otras, información relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamientos de trastornos psiquiátricos/salud mental, abuso/consumo de drogas o alcohol, VIH (virus del sida) o enfermedades de transmisión sexual. Si decido divulgar información a entidades externas, lo haré a través del formulario estándar de divulgación de información proporcionado por la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare).
7. Entiendo que otros miembros del personal, además del médico clínico, pueden estar presentes durante la sesión para facilitar la atención o administrar la tecnología de telesalud. Las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de toda la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la sesión y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar que el personal no clínico abandone la sesión de telesalud.
8. Me han explicado las alternativas a la telemedicina y, al elegir participar en una sesión de telemedicina, entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas

físicas o evaluaciones de laboratorio pueden ser realizadas por otras personas en mi ubicación, bajo la dirección de mi proveedor de atención médica.

9. Acepto que los encuentros de telesalud pueden dar lugar a que mi información médica protegida (protected health information, PHI) se conserve y se utilice como disponen las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médicos (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA). Por eso, es posible que se apliquen varias regulaciones de la HIPAA relacionadas con esta PHI. Entiendo que la clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority operará de acuerdo con todas las disposiciones de la HIPAA, así como con todas las leyes federales, estatales y locales aplicables. Los equipos de televideo interactivo y las líneas de telecomunicaciones utilizadas en las sesiones están aprobados por la HIPAA para mantener mi seguridad y privacidad.
10. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, mediante un formulario de revocación de la autorización, que puedo solicitar en cualquier momento. Entiendo que se mantendrá un registro de esta revocación en mi historia clínica. En caso de que decida revocar este consentimiento, entiendo que no podré continuar con mi tratamiento mediante la telesalud.
11. He leído este documento detenidamente (o me lo han leído) y entiendo los riesgos y beneficios de las sesiones de telesalud. Me han contestado mis preguntas sobre el procedimiento y, por la presente, doy mi consentimiento para participar en consultas de telesalud según los términos descritos.

Este consentimiento caducará dentro de los 12 meses, a partir de la fecha de la firma, o cuando yo lo revoque por escrito, lo que ocurra primero. _____

Firma de la persona que recibe los servicios

Tutor o representante legalmente autorizado

Fecha

Fecha

Aviso de privacidad de la HIPAA

Fecha de entrada en vigencia: 14 de abril de 2003

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica o de salud y cómo usted puede acceder a esta información.

Revíselo cuidadosamente.

Cuando recibe tratamiento de la clínica comunitaria de salud conductual certificada North Texas Behavioral Health Authority, podemos generar y recibir información médica sobre usted. La información médica incluye cualquier información que se relacione (1) con su salud o afección física o mental pasadas, presentes o futuras, (2) con prestarle atención médica o (3) con el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

Este aviso le informa sobre sus derechos de privacidad, nuestro deber de proteger la información médica que lo identifica y cómo nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede usar o divulgar información médica que lo identifique, sin su autorización escrita. Tenga en cuenta:

- No divulgaremos información sobre usted relacionada con el VIH/sida sin su autorización escrita específica, a menos que la ley nos autorice a divulgar esta información.
- Si también está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas, la ley federal y las regulaciones que se encuentran en el Code of Federal Regulations en el título 42, parte 2 protegen sus registros. El incumplimiento de estas leyes que protegen los registros de abuso de alcohol o drogas es un crimen, y los presuntos incumplimientos deben denunciarse a las autoridades correspondientes de acuerdo con las regulaciones federales.

Este aviso no se aplica a la información médica que no lo identifica ni a usted ni a nadie más. Comparta este aviso con todas las personas de su hogar que reciben tratamiento por parte de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare).

Sus derechos de privacidad

La ley le otorga el derecho de:

1. Mirar u obtener una copia de la información médica que la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) tiene sobre usted, en la mayoría de las situaciones.
2. Solicitar a nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) que corrija cierta información, incluida información médica, si cree que la información es incorrecta o está incompleta.
3. Solicitar a nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) que limite el uso o la divulgación de su información médica más de lo que exige la ley.
4. Decirle a nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral

Healthcare) dónde y cómo enviar mensajes que incluyan información médica sobre usted, si piensa que enviar la información a su dirección habitual podría ponerlo en peligro. Debe presentar esta solicitud por escrito y debe ser específico sobre dónde y cómo contactarlo.

5. Solicitar una lista de divulgaciones de la información de su registro médico. Esta lista no incluiría divulgaciones anteriores al 14 de abril de 2003.
6. Solicitar copias adicionales de este aviso a nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare).
7. Retirar la autorización que le ha otorgado a nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) para usar o divulgar información médica que lo identifique, a menos que ya se hayan llevado a cabo acciones basadas en su autorización. Debe retirar su autorización escrita.

El deber de la CCBHC NTBHA de proteger la información médica

La ley exige que nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) proteja la privacidad de la información médica que lo identifica. También exige que se le entregue una copia de este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. En la mayoría de las situaciones, la información médica que lo identifica no puede usarse ni divulgarse sin su autorización escrita. Este aviso explica cuándo nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede usar o divulgar información médica que lo identifica sin su autorización.

- Para todos los demás usos y divulgaciones, nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) debe obtener su autorización escrita, que usted puede retirar en cualquier momento.
- Si la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) cambia sus prácticas de privacidad, debe notificarle los cambios enviando por correo un nuevo aviso de privacidad a la más reciente dirección que usted ha dado.
- Los empleados de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) deben proteger la privacidad de la información médica que lo identifica.

Cómo utiliza y divulga información médica la CCBHC NTBHA

Pagos:

La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede usar o divulgar información médica sobre usted para pagar o cobrar pagos por su atención médica.

Operaciones de atención médica:

También podemos usar su información médica para operaciones de atención médica, como:

- Actividades para mejorar la atención médica, evaluación de programas y desarrollo de procedimientos.
- Administración de casos y coordinación de la atención.
- Revisión de las competencias, las calificaciones y el desempeño de los profesionales de atención médica y otros.
- Llevar a cabo programas de capacitación y resolver reclamos internos.
- Llevar a cabo actividades de acreditación, certificación o obtención de licencias o credenciales.
- Proporcionar revisión médica, servicios legales o funciones de auditoría.
- Involucrarse en la planificación y gerencia comercial o la administración general.

Tratamiento:

Podemos usar o divulgar su información médica para:

- Proporcionar, coordinar o gestionar atención médica o servicios relacionados. Esto incluye proporcionarle atención, consultar con otro proveedor de atención médica acerca suyo y remitirlo a otro proveedor de atención médica.
- A menos que usted nos pida que no lo hagamos, también podemos contactarnos con usted para recordarle una cita o ofrecerle alternativas de tratamiento o otra información relacionada con la salud que pueda interesarle.

Miembro de la familia, otro pariente o amigo personal cercano:

Nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede revelar información médica sobre usted a un miembro de la familia, otro pariente o un amigo personal cercano cuando:

- Usted ha aceptado la divulgación y la información médica está relacionada con la participación de esa persona en su atención o en el pago de su atención.
- Tiene un representante legalmente autorizado (LAR), designado por un tribunal para que represente sus intereses.

Programas gubernamentales que brindan beneficios públicos:

La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede divulgar información médica sobre usted a otra agencia gubernamental que ofrece beneficios públicos si:

- La información se relaciona con que usted reúna o no los requisitos para recibir servicios o si recibe servicios financiados por un programa de asistencia gubernamental y la ley exige o permite específicamente la divulgación.

Salud pública:

Divulgaremos su información médica cuando la ley o la regulación gubernamental lo requieran y si así lo indica la autoridad de salud pública.

Amenaza grave para la salud o la seguridad:

Podemos utilizar o divulgar su información médica a personal médico o de cumplimiento de la ley si usted u otros están en peligro y la información es necesaria para prevenir el daño físico.

Para procedimientos judiciales o administrativos:

La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede divulgar información médica sobre usted en respuesta a:

- Una citación de un gran jurado;
- Una orden de un tribunal ordinario o administrativo; o
- Una citación o otra solicitud de presentación de pruebas emanada de una parte de una demanda.

Cuando sea requerido por ley:

La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) debe usar o divulgar información médica sobre usted cuando una ley exige el uso o la divulgación de esta.

Contratistas:

La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede divulgar información médica sobre usted a nuestro(s) contratista(s) si el contratista:

- Necesita la información para proveer servicios para nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare); y
- Se compromete a proteger la privacidad de la información.

Secretario de salud y servicios humanos:

Las agencias deben revelar información médica sobre usted al secretario de salud y servicios humanos cuando el secretario así lo desee, para hacer cumplir las protecciones de privacidad.

Investigación:

Nuestra CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede usar o divulgar información médica sobre usted para investigaciones si la información que lo identifica se elimina de la información médica.

Otros usos y divulgaciones:

La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) puede usar o divulgar información médica sobre usted:

- Para crear información médica que no identifique a ninguna persona específica;

- Para fines de actividades legales de seguridad nacional;
- A los funcionarios federales, para proteger al presidente y a otros;
- A una prisión o cárcel, si usted es un recluso de esa prisión o cárcel, o al personal encargado de hacer cumplir la ley si usted se encuentra bajo custodia para que puedan brindarle atención médica;
- Para cumplir con las leyes de indemnización laboral o leyes similares.

Si tiene preguntas sobre este aviso o necesita más información sobre sus derechos de privacidad, puede comunicarse con el Departamento de Cumplimiento de NTBHA directamente al 833-392-4800 o por correo electrónico a la dirección compliance@ntbha.org.

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169
Dallas, TX 75202
(214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD)
(214) 767-0432 FAX

Texas Office of the Attorney General
por correo a P.O. Box 12548, Austin, Texas, 78711-2548 o por teléfono al (800) 806-2092

No habrá represalias por presentar una queja.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN, EL USO O LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

(Nota: Para las personas que reciben tratamiento por abuso de alcohol o drogas, este formulario sirve como consentimiento requerido según la regulación 42 CFR §2.31) Usted tiene el derecho de negarse a firmar esta autorización. La CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) no rechazará el tratamiento, los beneficios de Medicaid ni el procesamiento de pagos si usted se niega a firmar esta autorización.

Recibirá o tendrá acceso a una copia de esta autorización firmada.

Información sobre la persona que recibe los servicios.

Nombre legal completo de la persona: _____

Fecha de nacimiento de la persona: _____

Número del Seguro Social: _____ no disponible/se negó a proporcionar la información

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código Postal: _____

Autorizo al personal designado de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) a divulgar/usar/recibir (marque todo lo que corresponda) la siguiente información médica protegida escrita o verbal sobre mí como se describe a continuación.

Notas del psiquiatra

Notas de psicoterapia

Resultados de análisis clínicos

Registros de facturación

Nota de progreso

Evaluación clínica

Otros datos

El personal designado del centro puede divulgar/usar/recibir (marque todo lo que corresponda) información médica protegida sobre mí a/de (marque uno o ambos):

nombre de la persona, organización o centro

La divulgación/el uso/la recepción (marque todo lo que corresponda) es para los siguientes propósitos:

- ayudar a recibir beneficios del Seguro Social
- ayudar con un litigio
- ayudar a recibir servicios
- ayudar en mi colocación educativa
- facilitar la coordinación de la atención
- coordinar mi alta
- la planificación/colocación a mi petición
- otro: _____

También autorizo la divulgación/el uso/la recepción (marque todo lo que corresponda) de mi información médica con respecto a: Tratamiento de VIH/sida o abuso de alcohol/drogas:

- sí
- no

Si usted autoriza la divulgación de información, entonces, excepto la información relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol o drogas, existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información descrita en esta autorización. Si la información se vuelve a divulgar, ya no estará protegida por las leyes de privacidad médica.

Si firma como padre/tutor/tutor especial de un menor o como tutor de un adulto, la información divulgada/usada/recibida puede contener referencias sobre usted y su familia.

Tiene derecho a revocar esta autorización. Para revocar esta autorización, debe entregar una declaración escrita, firmada por usted, a la organización o al centro donde dio su autorización (identificada anteriormente), que proporcione la fecha y el propósito de esta autorización y su intención de revocarla. Su revocación entrará en vigencia a partir de la fecha en que la organización o el centro la reciba. No obstante, esto no aplicará en la medida en que la organización o el centro ya haya utilizado o divulgado su información médica según lo descrito en el aviso de prácticas de privacidad, en virtud de su autorización.

A menos que esta autorización sea revocada antes, caducará al año de la fecha de la firma.

Firma de la persona

Fecha

Firma del representante legalmente autorizado (si la persona que recibe los servicios es menor de edad)

Relación del representante

ACUERDO FINANCIERO

CONTRATO FINANCIERO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

En contraprestación por los servicios que se brindarán a la persona mencionada anteriormente, por la presente, prometo pagar esos servicios de acuerdo con las tarifas y términos actualmente vigentes dentro de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) en la medida en que yo sea legalmente responsable de dicho pago. Por la presente cedo a la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) todos y cada uno de los beneficios y todos los intereses y derechos (incluidas las causas de acción y el derecho a exigir el pago) por servicios prestados bajo cualquier póliza de seguro o cualquier reembolso o plan de atención médica prepago. Reconozco que cualquier saldo no cubierto o pagado por dicha póliza o plan, no cubierto por Medicaid, por Medicare o por una indemnización laboral es mi responsabilidad legal.

SI SOY PACIENTE DE MEDICAID

Entiendo que, según la opinión de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare), los servicios que he solicitado hoy para que sean proporcionados a la persona anteriormente mencionada pueden no estar cubiertos bajo el Texas Medical Assistance Program (Programa de Asistencia Médica de Texas) como razonables y médicamente necesarios para mi/su atención. Entiendo que el Texas Department of Human Services o su agente de seguro médico determina la necesidad médica de los servicios que solicito y recibo. También entiendo que soy responsable del pago de los servicios que solicito y recibo si se determina que estos servicios no son razonables y médicamente necesarios para mi atención. Entiendo que, si no tengo un seguro, es posible que haya asistencia financiera disponible a través de un copago de escala móvil, si cumplo con los requisitos de elegibilidad y proporciono una verificación de mis ingresos.

Identificación con foto verificada sí no N/C (no disponible al momento de la firma)

Tipo de identificación: _____

GARANTÍA

Por la presente garantizo el pago de la cuenta de la persona mencionada anteriormente. Además, acepto pagar la totalidad del cargo adeudado al comienzo de cada sesión, a menos que la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) haya acordado otros arreglos por escrito. Me han informado el monto adeudado por sesión y entiendo que este monto cubre solo el cargo por cada cita y no incluye ningún otro servicio o actividad.

Firma del garante

Nombre en letras de imprenta

Dirección

Ciudad/Estado/Código postal

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN FINANCIERA Y DE SEGUROS

Fecha:	Número de caso local:
--------	-----------------------

Datos demográficos

Nombre	Segundo nombre	Apellido
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro o prefiere no informar
Dirección particular	Ciudad	Estado
Código postal	Condado	Teléfono particular
		Teléfono móvil
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado, duración de la separación _____ <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No sabe o prefiere no informar	Grupo étnico <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> No sabe o prefiere no informar

Dirección de correo electrónico	
---------------------------------	--

Contacto(s) de emergencia(se debe autorizar la divulgación de información para los contactos de emergencia)

Nombre	Relación	Teléfono de contacto

Seguro

Nombre del plan	Número de póliza/Número de grupo	Fecha de entrada en vigencia
Nombre de la MCO de Medicaid:		
Parte B de Medicare Parte D de Medicare: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del plan de la Parte C de Medicare:		
Nombre del plan CHIP:		
Nombre del plan de seguro comercial:	Número de póliza:	
Nombre del titular de la póliza:	Número de grupo:	
Relación del titular de la póliza:	Copago/Coseguro:	
Nombre del plan de seguro comercial:	Número de póliza:	
Nombre del titular de la póliza:	Número de grupo:	
Relación del titular de la póliza:	Copago/Coseguro:	
Veterano con beneficios de VA (¿Ha prestado servicio militar el paciente y le han dado la baja honorable?)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	No corresponde
NORTH TEXAS BEHAVIORAL HEALTH AUTHORITY Elegibilidad Comprobante de ingresos recibidos <input type="checkbox"/> <i>tales como: últimos 2 recibo de sueldo, formulario W-2 del año anterior, documentación de SSI/SSDI, documentación de manutención infantil, documentación de vales para alimentos</i> Prueba de residencia recibida <input type="checkbox"/> <i>tales como: factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, carta del refugio/vivienda temporal/o formulario de la VOA</i> Identificación con foto <input type="checkbox"/> <i>como: Licencia de conducir, identificación estatal, identificación de cárcel, identificación militar, identificación emitida por un refugio, identificación escolar, etc.</i> Comprobante del seguro <input type="checkbox"/> <i>como: copia de la tarjeta o documentación del seguro</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DOCUMENTOS NO DISPONIBLES La imposibilidad de proporcionar cualquiera de estos documentos no es una barrera para recibir atención. Los servicios se prestarán entendiendo que cualquier documentación necesaria se podrá proporcionar más adelante.	Comentarios:

Asistencia gubernamental (no incluir como ingreso)

Cupones de alimentos/Programa SNAP	
Programa TANF	
Otro	

Ingresos (mensuales; se requiere prueba) *Los miembros del hogar incluyen al paciente, al cónyuge, al padre/tutor y a los dependientes.*

	Propios	Familiares Miembro 2	Familiares Miembro 3	Familiares Miembro 4	Familiares Miembro 5
Salarios brutos y propinas					
Jubilación/Pensión					
Seguro Social/SSI/SSDI					
Veteranos					
Desempleo					
Indemnización laboral					
Otros (manutención infantil, pensión alimentaria, fideicomiso, ingresos por intereses)					
Total					

Número de miembros en el hogar _____

Los miembros del hogar incluyen al paciente, al cónyuge, al padre/tutor y a los dependientes.

Gastos extraordinarios (los gastos deben haberse realizado en los últimos 12 meses -se requiere prueba)

Gastos médicos mayores	
Siniestro/pérdida mayor	
Atención a personas discapacitadas	
Gastos de atención infantil	
Total	

Total general (ingresos menos gastos extraordinarios)

Total	\$
-------	----

Habilidad para pagar

Tarifa mensual máxima	\$
-----------------------	----

Elegibilidad para otros recursos (en caso afirmativo, enumere y refiera para obtener ayuda)

--

Explicación/Detalles adicionales

--

Cesión de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados, incluido Medicare, si corresponde, se realice en mi nombre a la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare) por los servicios que me brinden.	
Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados a la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare), la Health Care Financing Administration (Administración de Financiamiento de la Atención Médica), mi compañía de seguros u otra entidad médica.	
Se puede enviar una copia de esta autorización a la Health Care Financing Administration, a mi compañía de seguros u a otra entidad si es solicitada.	
Firma:	Fecha:

Derechos y responsabilidades

Afirmo que la información que he proporcionado es exacta y verdadera. Entiendo que esta información será verificada y cualquier falsificación de esta información podría dar lugar a que se me facture la tarifa total aplicable. Entiendo que, si no proporciono todos los documentos necesarios, es posible que se me facture la tarifa total aplicable.	
Entiendo que esta información debe actualizarse anualmente.	
Entiendo que la información contenida en este formulario puede usarse para determinar mi elegibilidad para recibir fondos estatales.	
Tengo derecho a apelar la denegación de elegibilidad. Tengo derecho a preguntar sobre este formulario. Tengo derecho a revisar la información proporcionada en este formulario. Tengo derecho a servicios de emergencia, medicamentos y administración de casos inicial, independientemente de mi capacidad de pago o de proporcionar el documento completo.	
Firma de la persona que recibe los servicios:	Fecha:
Firma del padre/tutor/LAR (si corresponde): <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro _____	Fecha:
Firma del miembro del personal:	Fecha:

Tarifa mensual máxima por tamaño de familia

brutos anuales	Tarifa mensual máxima por tamaño de familia										% ingresos mensuales de	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9+			
												2.50%
												2.66%
												2.82%
												2.98%
												3.14%
												3.30%
												3.46%
												3.62%
												3.78%
												3.94%
												4.10%
												4.26%
												4.42%
												4.58%
												4.74%
												4.90%
												5.06%
												5.22%
												5.38%
												5.54%
												5.70%
												5.86%
												6.02%
												6.18%
												6.34%
												6.50%
												6.66%
												6.82%
												6.98%
												7.14%
												7.30%
												7.46%
												7.62%
												7.78%
												7.94%
												8.10%
												8.26%
												8.42%
												8.58%
127,500	10,625	929	822	722	628	541	460	386	318	257		8.74%
130,190	10,849	966	857	755	659	570	487	410	340	277		8.90%
132,880	11,073	1,003	892	788	690	599	514	435	363	297		9.06%
135,570	11,298	1,042	929	822	722	628	541	460	386	318		9.22%
138,260	11,522	1,081	966	857	755	659	570	487	410	340		9.38%
140,950	11,746	1,121	1,003	892	788	690	599	514	435	363		9.54%
143,640	11,970	1,161	1,042	929	822	722	628	541	460	386		9.70%
146,330	12,194	1,202	1,081	966	857	755	659	570	487	410		9.86%
149,020	12,418	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	514	435		10.02%
151,710	12,643	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	541	460		10.18%
154,400	12,867	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	570	487		10.34%
157,090	13,091	1,375	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599	514		10.50%
159,780	13,315	1,419	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628	541		10.66%
162,470	13,539	1,465	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659	570		10.82%
165,160	13,763	1,491	1,375	1,244	1,121	1,003	892	788	690	599		10.98%
168,850	13,988	1,537	1,419	1,287	1,161	1,042	929	822	722	628		11.14%
170,540	14,212	1,606	1,465	1,330	1,202	1,081	966	857	755	659		11.30%

Comisión De Salud Y Servicios Humanos 2026 Autoridad Local

Tabla de Tarifas Mensuales Por Capacidad de Pago

Secciones 301.111 and 301.509, título 26 del TAC

A Partir del 12 de Febrero de 2026

Tarifa Mensual Máxima Según el Tamaño de la Familia

Ingreso Bruto Anual	Ingreso Bruto Mensual	1	2	3	4	5	6	7	8	9+	% Del Ingreso Mensual de la Familia Tamaño 1
0 - 23,939	0 - 1,994	0	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A
23,940	1,995	50	0	0	0	0	0	0	0	0	2.50%
26,780	2,232	59	0	0	0	0	0	0	0	0	2.66%
29,620	2,468	70	0	0	0	0	0	0	0	0	2.82%
32,460	2,705	81	50	0	0	0	0	0	0	0	2.98%
35,300	2,942	92	59	0	0	0	0	0	0	0	3.14%
38,140	3,178	105	70	0	0	0	0	0	0	0	3.30%
40,980	3,415	118	81	50	0	0	0	0	0	0	3.46%
43,820	3,652	132	92	59	0	0	0	0	0	0	3.62%
46,660	3,888	147	105	70	0	0	0	0	0	0	3.78%
49,500	4,125	163	118	81	50	0	0	0	0	0	3.94%
52,340	4,362	179	132	92	59	0	0	0	0	0	4.10%
55,180	4,598	196	147	105	70	0	0	0	0	0	4.26%
58,020	4,835	214	163	118	81	50	0	0	0	0	4.42%
60,860	5,072	232	179	132	92	59	0	0	0	0	4.58%
63,700	5,308	252	196	147	105	70	0	0	0	0	4.74%
66,540	5,545	272	214	163	118	81	50	0	0	0	4.90%
69,380	5,782	293	232	179	132	92	59	0	0	0	5.06%
72,220	6,018	314	252	196	147	105	70	0	0	0	5.22%
75,060	6,255	337	272	214	163	118	81	50	0	0	5.38%
77,900	6,492	360	293	232	179	132	92	59	0	0	5.54%
80,740	6,728	384	314	252	196	147	105	70	0	0	5.70%
83,580	6,965	408	337	272	214	163	118	81	50	0	5.86%
86,420	7,202	434	360	293	232	179	132	92	59	0	6.02%
89,260	7,438	460	384	314	252	196	147	105	70	0	6.18%
92,100	7,675	487	408	337	272	214	163	118	81	50	6.34%
94,940	7,912	514	434	360	293	232	179	132	92	59	6.50%
97,780	8,148	543	460	384	314	252	196	147	105	70	6.66%
100,620	8,385	572	487	408	337	272	214	163	118	81	6.82%
103,460	8,622	602	514	434	360	293	232	179	132	92	6.98%
106,300	8,858	632	543	460	384	314	252	196	147	105	7.14%
109,140	9,095	664	572	487	408	337	272	214	163	118	7.30%
111,980	9,332	696	602	514	434	360	293	232	179	132	7.46%
114,820	9,568	729	632	543	460	384	314	252	196	147	7.62%
117,660	9,805	763	664	572	487	408	337	272	214	163	7.78%
120,500	10,042	797	696	602	514	434	360	293	232	179	7.94%
123,340	10,278	833	729	632	543	460	384	314	252	196	8.10%
126,180	10,515	869	763	664	572	487	408	337	272	214	8.26%
129,020	10,752	905	797	696	602	514	434	360	293	232	8.42%
131,860	10,988	943	833	729	632	543	460	384	314	252	8.58%
134,700	11,225	981	869	763	664	572	487	408	337	272	8.74%
137,540	11,462	1,020	905	797	696	602	514	434	360	293	8.90%
140,380	11,698	1,060	943	833	729	632	543	460	384	314	9.06%
143,220	11,935	1,100	981	869	763	664	572	487	408	337	9.22%
146,060	12,172	1,142	1,020	905	797	696	602	514	434	360	9.38%
148,900	12,408	1,184	1,060	943	833	729	632	543	460	384	9.54%
151,740	12,645	1,227	1,100	981	869	763	664	572	487	408	9.70%
154,580	12,882	1,270	1,142	1,020	905	797	696	602	514	434	9.86%
157,420	13,118	1,314	1,184	1,060	943	833	729	632	543	460	10.02%
160,260	13,355	1,360	1,227	1,100	981	869	763	664	572	487	10.18%
163,100	13,592	1,405	1,270	1,142	1,020	905	797	696	602	514	10.34%
165,940	13,828	1,452	1,314	1,184	1,060	943	833	729	632	543	10.50%
168,780	14,065	1,499	1,360	1,227	1,100	981	869	763	664	572	10.66%
171,620	14,302	1,547	1,405	1,270	1,142	1,020	905	797	696	602	10.82%
174,460	14,538	1,596	1,452	1,314	1,184	1,060	943	833	729	632	10.98%
177,300	14,775	1,646	1,499	1,360	1,227	1,100	981	869	763	664	11.14%
180,140	15,012	1,696	1,547	1,405	1,270	1,142	1,020	905	797	696	11.30%

ACTUALIZADO EL 12 DE FEBRERO DE 2026

"Nivel de pobreza – Unidad familiar de 1 persona" "Personas	15,960
adicionales por unidad familiar" Fuente: Indicadores	5,680

federales de pobreza 2026

2.5% de los ingresos mensuales en el primer cargo para tamaño de familia (family size, FS)-1 y aumentando 0.16% en todos los niveles. Use cantidades FS-1 en cada columna de tamaño de familia comenzando en el 150% de los indicadores federales de pobreza (federal poverty guidelines, FPG).

Para llegar a los ingresos brutos anuales:

1. Tome el nivel de pobreza * 1.5 = 1. 15960 * 1.5 = 23940
primera tarifa cobrable
2. Monto del incremento del nivel de pobreza por cada miembro adicional de la familia/2 = incrementos a usar 2. 5680/2=2840
3. Primera tarifa cobrable + incrementos a usar = ingresos brutos anuales 3. 23940+2840 = 26780

<https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

VERIFICACIÓN DE RECEPCIÓN DE DERECHOS

Verifico mi comprensión como persona que recibe servicios o como representante legal de una persona que recibe servicios de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare). Mi firma significa que me han explicado estos derechos en un lenguaje sencillo y no técnico, que todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente y que entiendo mis derechos. Esta verificación es válida mientras yo sea cliente de la CCBHC NTBHA (North Texas Behavioral Health Authority; Child and Family Guidance Center; Homeward Bound, Inc.; Southern Area Behavioral Healthcare), a menos que la información haya cambiado, en cuyo momento se me proporcionará una copia actualizada. Si ocurre un cambio que afecte mis derechos, yo o mi representante legal deberemos completar un nuevo formulario de verificación.

La persona que recibe los servicios o el representante legal pondrán sus iniciales en cada formulario correspondiente para indicar la recepción de derechos.

Verbal	Escrito	N/C	
_____	_____	_____	Consentimiento para servicios/Acuerdo financiero
_____	_____	_____	Derechos de los clientes/Procedimiento de presentación de reclamos
_____	_____	_____	Aviso de prácticas de privacidad
_____	_____	_____	Autorización para uso y divulgación de PHI

Firma de la persona que recibe los servicios

Fecha

Firma del representante legalmente autorizado (si es necesario)

Fecha

Firma del miembro del personal

Fecha

Firma del testigo (si la persona no puede o no quiere firmar)

Fecha