



¡Bienvenido a CPC Behavioral Healthcare!

Como parte de nuestro compromiso continuo de brindar servicios integrales, CPC Behavioral Healthcare es ahora una Clínica Comunitaria Certificada de Salud Conductual (CCBHC).

El propósito del programa es asegurarse de que usted y su familia tengan fácil acceso a una gama completa de servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias en un lugar conveniente cuando los necesite, sin costo adicional para usted.

Todos los servicios se adaptarán a sus necesidades y pueden incluir uno o más de los siguientes:

- Terapia ambulatoria para trastornos de salud mental y uso de sustancias
- Atención psiquiátrica para trastornos de salud mental y uso de sustancias
- Línea directa y detección de crisis las 24 horas
- Gestión de casos
- Servicios de apoyo de pares y familiares
- Detección y seguimiento de las necesidades de salud física
- Servicios dirigidos a veteranos y miembros de las fuerzas armadas

Es importante tener en cuenta que su atención en CPC solo se mejorará a través de este programa y que todos los servicios que reciba a través de CCBHC no tendrán ningún costo adicional para usted.

Su firma en la línea de abajo confirmará su reconocimiento y participación en el programa CCBHC aquí en CPC.

Esta iniciativa se administra a través de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) y el Centro de Servicios de Salud Mental (CMHS). Para obtener más información sobre este programa, visite www.cpcbehavioral.org/resources o comuníquese con nuestro Departamento de Relaciones con el Cliente al (732) 935-2253.

Tenga en cuenta que durante la pandemia de coronavirus, CPC utilizará los servicios de telesalud.

Firma

Fecha

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN HIPAA

Apellido: _____ Nombre de Pila: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

1. Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtenga el pago de terceros pagadores.
3. Realizar operaciones sanitarias normales, como evaluaciones de calidad.

Doy permiso para que esta oficina (CPC Behavioral Healthcare) deje mensajes en el correo de voz / texto de mi casa y / o teléfono celular.

Prefiero que los recordatorios de citas sean Llamada telefónica Mensaje de texto

Número de teléfono para llamada de recordatorio: _____

Número de teléfono celular para mensaje de texto: _____

Hago la siguiente solicitud especial de comunicaciones confidenciales: Las personas a quienes, además de mí, se les puede dar esta información confidencial, que puede incluir preguntas sobre facturación / seguros, son: (designa uno como contacto de emergencia)

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Contacto de Emergencia Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____ Contacto de Emergencia

¿Está solicitando alguna necesidad especial de comunicación? Si No En caso afirmativo, por favor especifique:

¿Tiene alguna necesidad especial de comunicación?: Si No En caso afirmativo, por favor especifique:

Intercambio de información sanitaria (HIE): *El intercambio de información médica se utiliza para facilitar que sus proveedores se comuniquen entre sí. Por ejemplo, si necesita ir al hospital, en lugar de obtener la información de usted y tener que llamar a su médico, el hospital dentro del intercambio tendría acceso inmediato a su lista de medicamentos y otra información importante para ayudarlo mejor en su tratamiento.*

Podemos divulgar su información médica al HIE, a menos que opte por no participar en el HIE. Optar por no

Nota: Si opta por no participar, la base de datos de HIE solo incluirá datos demográficos básicos, pero no se compartirá información clínica.

Reconozco que he recibido su Aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento a la dirección anterior para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si está de acuerdo, entonces está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Nombre del cliente de impresión_____
Firma del cliente_____
Fecha

CPC BEHAVIORAL HEALTHCARE, INC. NOTICE OF PSYCHIATRIC ADVANCE DIRECTIVE	Client's Name:(Last, First, MI)
	DOB:
	Program:

A la agencia CPC Behavioral Healthcare le hes requerido determinar si usted tiene una Directiva Anticipada Psiquiátrica relacionada a como su condición psiquiátrica debe ser manejada si usted quedara incapacitado. La Directiva Anticipada Psiquiátrica sera solamente implementada en el evento de que usted deje de poseer la capacidad de entender la naturaleza y consecuencias del tratamiento de salud mental propuesto y no pueda tomar una decisión.

Por Favor Marque Una De Las Siguietes Declaraciones:

_____ *No tengo una Directiva Anticipada Psiquiátrica.*

_____ *Tengo una Directiva Anticipada Psiquiátrica la cual está en mi récord en el Registro de la División de Servicios de Salud.*

_____ *No tengo una Directiva Anticipada Psiquiátrica pero estaría interesado en aprender más sobre ella. Me gustaría que mi manejador de caso me proporcione información sobre la Directiva Anticipada Psiquiátrica, me explicara esta información y me dirigiera a alguien que me pudiera ayudar a completarla si así lo eligiera.*

 Firma del Cliente/Fecha

 Personal Testigo/ Fecha

Coordinación de Tratamiento Autorización o Declinación
Atención Primaria de Coordinación de Proveedores

Apellido: _____ Nombre de Pila: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Permito que CPC Behavioral Healthcare se comunice (divulgue u obtenga información) con los siguientes proveedores:

Nombre(s) y dirección(es) del proveedor médico(s): _____

Esta comunicación permitirá que CPC y mi otro proveedor coordinen y me brinden una atención de alta calidad.

Al poner sus iniciales en cada casilla, permito que CPC incluya la siguiente información:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mi nombre y otra información de identificación personal | <input type="checkbox"/> Mi diagnóstico, asistencia, información psiquiátrica y relacionada con la medicación, resultados de evaluación e historial |
| <input type="checkbox"/> Mi información sobre el estado de alcohol y drogas | <input type="checkbox"/> Mi información sobre mi estado de VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Participación en Integrated System of Care | |

Al marcar una casilla, permitiré que esta comunicación continúe

- Hasta que retire mi permiso Por el tiempo que estoy en tratamiento en CPC (hasta un año)
(Si no se especifica, esta autorización vencerá en 4 meses).

Sé que puedo retirar mi permiso para que CPC se comunice con mi proveedor en cualquier momento haciéndolo saber por escrito. Sé que puedo recibir tratamiento en CPC ya sea que complete este formulario o no. También he leído y comprendido la información al final de este formulario.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Personal

Fecha

NO HE COMPLETADO LA PARTE SUPERIOR DE ESTE FORMULARIO PORQUE: (marque uno y firme abajo)

- No tengo un proveedor de atención primaria y se me ha entregado el Formulario de recursos para proveedores comunitarios de CPC.*
- He hablado con mi proveedor de CPC sobre la coordinación y no quiero que CPC se coordine con mi proveedor de atención primaria. Sé que puedo cambiar de puesto en cualquier momento y solicitar la coordinación del tratamiento.*

Firma del Cliente/Fecha

Testigo del personal / Fecha

Entiendo que puedo revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por el Proveedor en base a esta Autorización antes de que el Proveedor reciba la notificación por escrito de la revocación. Entiendo que el Proveedor no puede garantizar que el Beneficiario no vuelva a divulgar mi información médica a un tercero. Es posible que el Beneficiario no esté sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la información médica. Sin embargo, si la divulgación consiste en información sobre el tratamiento de un cliente en un programa de abuso de alcohol o drogas asistido por el gobierno federal, la ley federal prohíbe al Beneficiario realizar más divulgaciones de dicha información a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito del Cliente. o según lo permita la ley federal que rige la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas (42 CFR, Parte 2). Por la presente reconozco haber recibido una copia de esta autorización.

INFORMACION ACERCA DEL CONTROL DE SU MEDICINA ASISTENCIA A CITAS Y OBTENER MEDICINAS	CLIENT'S NAME: (Last, First, M.I.)
	CASE NUMBER:
	PROGRAM:

IMPORTANTE Información para clientes que tomen medicina recetada por un Psiquiatra de CPC

El psiquiatra realizará una evaluación y discutirá la medicación apropiada para usted. El psiquiatra le informará de los efectos previstos de la medicación que se receta, la frecuencia con la que debe tomar su medicamento, la dosis y los efectos secundarios que pueda experimentar. Si usted experimenta efectos secundarios o tiene alguna pregunta, por favor hable con su médico. Es importante para su tratamiento que mantenga todas las citas programadas en CPC.

Asistencia y medicamentos:

- Recibirá una llamada de recordatorio automatizado para citas.
- Todas las citas deben ser canceladas y reprogramadas al menos 24 horas antes de su próxima cita programada.
- Nuestra política es proporcionar suficiente medicamento hasta su próxima cita. Si olvida una cita, se le puede dar una recarga sólo para cubrirla hasta su próxima cita.
- Si no tiene una próxima cita, los medicamentos no serán rellenados.
- Llame a la línea de medicamentos de la oficina para recargas. La línea de medicamentos es administrada por la enfermera en cada lugar. La enfermera le devolverá la llamada dentro de 24-48 horas. En caso de emergencia, por favor vaya a la sala de emergencias de su hospital local.
- Si usted es un cliente activo pero no ha podido ser visto en los últimos 3 meses, o si el médico determina que es necesario reevaluar su estado clínico, no podremos proporcionar recambios hasta que lo vea el médico.

Esta política ha sido revisada para asegurar la seguridad del cliente y las mejores prácticas clínicas para la prescripción de medicamentos. Gracias por su consideración y cooperación.

Me han informado y recibiré una copia de esta información cuando lo solicite:

Nombre del Cliente: _____ Firma: _____ Date: _____

CPC Staff Name: _____ Signature: _____ Date: _____

ASISTENCIA MEDICA COMPORTAMENTAL, INC de CPC

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE CLIENTE / CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

DERECHOS DE CLIENTE:

- 1) Para **SER HECHO CONSCIENTE** de sus derechos y privilegios al recibir servicios de salud mental, y siempre tratado con respeto y cortesía.
- 2) **ENTIENDE Y USA ESTOS DERECHOS.** Si por cualquier razon usted no entiende o usted necesita ayuda, la Agencia debe proporcionar ayuda que incluye un interprete.
- 3) **RECIBE TRATAMIENTO SIN DISCRIMINACION** con relacion a carrera, color, religion, sexo, origen nacional, discapacidad, orientacion sexual o un origen de pago.
- 4) **ES INFORMADO DEL NOMBRE Y COLOCA** del empleado que sera responsable de su cuidado en el programa.
- 5) **EL AVISO DE SUS DERECHOS** sera por escrito y complementara por una oferta para discutir o explicar la descripcion escrita en un idioma que usted entiende.
- 6) **COMO DESTINATARIO DE SERVICIOS A CPC,** usted tiene los siguientes derechos:
 - a) Para ser libre de medicacion innecesaria o excesiva.
 - b) No ser sometido a tratamiento no standard o procedimientos, procedimientos experimentales o investigacion, cirugia de caso psicologico, esterilizacion, terapia convulsiva electro o programas de demostracion de suministrador, sin consentimiento escrito informado, tras, consulta con consejo o fiesta interesada de la eleccion del cliente.
 - 1) Si han juzgado a un cliente incompetente la autorizacion para tales procedimientos puede ser obtenida solamente de conformidad con los requisitos de N.J.S.A. (2) De 30:4-24.2d.
 - c) a tratamiento en la posicion menos restrictiva, libera de frenos fisicos y aislamiento.
 - d) Para ser libre de castigo corporal.
 - e) a privacidad y la dignidad.
 - f) a las condiciones menos restrictivas necesarias conseguir los objetivos de tratamiento / servicios.
- 7) **RECHAZA TRATAMIENTO** y es dicho que efecto esto puede tener sobre su salud.
- 8) **RESENA SU RECORD CLINICO** sobre peticion escrita y obtiene una copia del record – clinico a menos que su tratar a terapeuta en consulta con su personal de supervision y el Oficial de Privacidad de la Agencia valoren esta revelacion para ser clinicamente prejudicial.
- 9) **PARTICIPA** en discusiones que implican temas eticos en su cuidado con el Comite de Revision de Etica de Personal Ejecutivo.
- 10) **A LA CONFIDENCIALIDAD DE TODAS LA INFORMACION Y RECORDS,** excluyen como necesitado legalmente.

- 11) Para **RECIBIR EL AVISO DE HIPAA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD** que explica como puede su informacion de salud y usada revelada.

ARS/CO-OCCURRING PROGRAMAS SOLO:

- 1) El derecho al ejercicio civil y libertades religiosas, incluido el derecho a decisiones per sonales independientes.
- 2) El derecho a ser transferido o dado de alta solamente por razones medicias, para su bienestar, quie de otros clients o personal de la orden escrita de un medico u otra licencia de medico, o por falta de pago de derechos exigidos segun lo acordado en el momento del ingreso (con excepcion de lo prohibido por las fuentes de pago de terceros).
- 3) El derecho a ser notificado por escrito, y tener la oportunidad de apelar, una descarga involuntaria.

RESPONSABILIDADES DE CLIENTE:

- 1) **PROPORCIONA** a el mejor de su conocimiento, **LA INFORMACION EXACTA Y COMPLETA** sobre actuales quejas, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicaciones y otras materias que estar relacionado con su salud.
- 2) **REPORTA CAMBIOS INESPERADOS CUALESQUIERA** en su condicion al professional responsable.
- 3) **INFORME SI** se entiende un curso contemplado de accion y lo que se espera de usted o no.
- 4) **PARTICIPA EN PONER OBJETIVOS Y DESARROLLAR un PLAN DE SERVICIO** con su equipo de medico y tratamiento.
- 5) **ASUME RESPONSABILIDAD** de sus acciones al rechazar tratamiento o no despues del plan de servicio prescrito.
- 6) **GUARDA CITAS PROGRAMADAS** y hace notificacion oportuna si usted es incapaz de hacer asi por cualquier razon.
- 7) **SIGUE REGLAS Y REGULACIONES DE AGENCIA QUE** afectan a su cuidado y comportamiento.
- 8) **SEA RESPETUOSO CON LA PROPIEDAD DE OTRAS PERSONAS Y LA AGENCIA.**

Deberia usted tener dudas sobre alguno de estos derechos y responsabilidad, por favor contacte a cualquier empleado en su Programa o contacte a Roger Borichewski a Administracion (732) 935-2220, ext. 2343 de CPC.

Yo HE RECIBIDO una COPIA DE MIS DERECHOS & RESPONSABILIDADES & QUEJA DE CLIENTE Y PROCEDIMIENTO DE MOTIVO DE QUEJA QUE se me EXPLICARON y RECIBEN una COPIA DEL AVISO DE HIPAA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD. Yo CONSIENTO RECIBO Y PARTICIPO EN TRATAMIENTO COMO ESPECIFICADO POR MI MEDICO DE CPC Y/O TERAPEUTA DE CPC.

Firma de cliente (14 anos de la edad o mas viejo)

Date

Firma de Padre / Guardian de Fecha Menor

Date

ASISTENCIA MEDICA COMPORTAMENTAL, INC. de CPC**QUEJA DE CLIENTE Y PROCEDIMIENTO DE MOTIVO DE QUEJA**

Si usted cree que se han violado sus derechos, usted puede entregar sus preocupaciones oralmente o por escrito a la persona de personal de CPC que es su suministradora de tratamiento primaria. Si el tema no puede ser resuelto, o si usted prefiere hablar con alguien aparte de su clinician, usted puede abordar el tema con un Coordinator de Supervisor o Programa. Si ellos son incapaz de resolver el tema ellos lo traeran Vicepresidente de division y/o el Director de Administracion de Calidad que es la Oficiala de Cumplimiento de Agencia.

Si usted tiene una queja o motivo de queja sobre el cuidado que usted esta recibiendo a Asistencia Medica de CPC Comportamental, usted tiene un derecho de quejarse sin miedo de represalia.

USTED TIENE EL DERECHO DE CONTACTAR CON ALGUNO DEL FOLLOWING STATE FEDERAL Y ACREDITANDO AGENCIA EN CUALQUIER MOMENTO:**Community Health Law Project**

1 Main Street, Suite 413

Eatontown, NJ 07724

732-380-1012**Fax: (732) 380-1015 / Email: Eatontown@chlp.org****Monmouth County Mental Health Administrator**

Monmouth County Division of Mental Health

PO Box 3000

Kozloski Road, Freehold, NJ 07728

732-431-7200**Division de Salud Mental y Servicios de Adiccion de Nueva Jersey**

DMHAS Ombudsperson

609-438-4321 or email: Susanne.Mills@doh.nj.gov**Division of Mental Health Advocacy**

The Justice Hughes Complex

25 Market Street, Trenton NJ 08625

(877) 285-2844**Division of Child Protection & Permanency (formerly DYFS)****Child Abuse/Neglect Hotline (24 hrs. a day)****1-877-652-2873 or 1-877 NJ ABUSE****TTY 1-800-835-5510****Asbury Park District Office – 732-988-2161 or****Red Bank District Office – 1-800-392-9511****Disability Rights of New Jersey**210 South Broad Street, 3rd Floor

Trenton, NJ 08608

Phone: 1-800-922-7233**Fax: 1-609-777-0187****Voice: 1-609-292-9742****TTY: 1-609-633-7106****Monmouth County Adult Protective Services - 732-531-9191**

Quejas relacionadas con el tratamiento por abuso de sustancias Comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos, División de Servicios de salud y adicciones – Número gratuito: 1-877-712-1868

CPC está acreditada por la Comisión Conjunta: las inquietudes no resueltas sobre la calidad de la atención o la seguridad del cliente se pueden abordar comunicándose con la Comisión Conjunta al 1-800-994-6610 o enviando un correo electrónico complaint@jointcommission.org.

Children's System of Care

Community Service Coordinator,

DCF-Division of Child Behavioral Health Services

PO Box 717, Trenton, NJ 08625-0717

609-292-2160**Department of Children and Families Office of Licensing: (para acusaciones de incumplimiento de las regulaciones de licencias) comuníquese con:**

Office of the Chief

DCF-Office of Legal Affairs and Regulatory Oversight

Office of Licensing

PO Box 717, Trenton, NJ 08625-0717

Health and Senior Services

Ombudsman Complaint Hotline

1-877-582-6995**Medicare: 1-800-356-1561****Medicaid: 1-800-633-4227**

CPC Behavioral Healthcare
Acuerdo Financiero del Paciente

Nombre del paciente: _____ Paciente ID#: _____

CPC Behavioral Healthcare se compromete a brindarle el servicio de atención médica asequible y de la más alta calidad disponible. Como resultado de la financiación pública y las donaciones, CPC puede proporcionar un subsidio que ayudará a las familias e individuos calificados a pagar los servicios. El monto máximo de subsidio para el que puede ser elegible dependerá de los ingresos del hogar y la cantidad de dependientes. CPC reconoce que las familias y los individuos tienen circunstancias económicas que pueden calificarlo para recibir asistencia financiera adicional. Puede solicitar reunirse con un representante de cuentas del paciente para revisar su elegibilidad. Lea el siguiente acuerdo financiero y háganos saber si tiene alguna pregunta o inquietud.

Responsabilidad del Seguro del Paciente

CPC participa con Medicaid, Medicare, numerosos seguros comerciales y de atención administrada. Enviaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos para ayudar a que se paguen sus reclamos. Usted es responsable de cumplir con cualquier solicitud de información que su compañía de seguros pueda necesitar de usted. Usted es responsable de todos los deducibles, copagos, coseguros, tarifas por servicios no cubiertos y de actualizar la información de su seguro médico con esta oficina cada vez que su información cambie / termine / comience una nueva cobertura.

Asignación de beneficios de seguro y autorización para divulgar información

Debe aceptar y reconocer que su firma en este documento autorizará a CPC a divulgar cualquier información médica, de salud mental, abuso de sustancias u otra información necesaria para procesar reclamaciones de seguros en su nombre y / o sus dependientes. También acepta y reconoce que acepta la representación en las apelaciones de la determinación de la Administración de utilización y la autorización para la divulgación de registros médicos en las apelaciones de UM en un arbitraje independiente de reclamaciones.

Debe autorizar que el pago de los beneficios médicos se envíe directamente a CPC. Debe entregar a CPC todos los cheques de reembolso del seguro que le hayan pagado, si no ha pagado el costo total del servicio. Debe solicitar que el pago de los beneficios autorizados de Medicare / Medicaid / Seguro se realice a usted o en su nombre al nombre del proveedor de servicio y / o proveedor por cualquier servicio que le proporcione ese proveedor de servicio y / o proveedor. Debe autorizar a cualquier poseedor de información médica sobre usted a divulgar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Responsabilidades de pago del paciente

Usted es responsable de los honorarios incurridos por el paciente mencionado anteriormente. **El pago se espera el día en que se realiza el tratamiento**, a menos que se hayan hecho arreglos previos. CPC acepta efectivo, cheque, Visa, MasterCard, tarjeta Discover y American Express. Si su cuenta está atrasada y no es emergente, sus servicios pueden interrumpirse hasta que se realice el pago. Al firmar a continuación, reconoce que recibió una copia de la lista de tarifas de CPC. Usted acepta que CPC puede iniciar procedimientos de cobro, si no paga el producto del reembolso del seguro o el saldo de su cuenta.

Responsabilidades de subsidio del paciente

Para ser elegible para un subsidio financiero, debe proporcionar un comprobante de los ingresos del hogar, el número de dependientes y también debe asignar a CPC cualquier beneficio de seguro para el que sea elegible. Los subsidios se basan en el costo del servicio. (La prueba de ingresos incluye, entre otros: declaración de impuestos sobre la renta, talón de cheque de pago, otra documentación de ingresos. Los trabajadores independientes deben proporcionar una copia firmada del 1040 más reciente, incluido el Anexo C, el formulario S1120, el formulario 1065, el anexo o el estado de pérdidas y ganancias más reciente).

Si califica para un subsidio, aún tendrá la responsabilidad financiera de pagar a CPC la parte de sus tarifas en el momento del servicio.

Deberá volver a calificar para su subsidio anualmente y usted es responsable de notificar a CPC de cualquier cambio en su información financiera. Debe reconocer que la información que proporcionó es precisa y confiable.

He leído, reconozco y acepto los términos explicados anteriormente.

Persona Responsable

Relación con el Paciente

Seguridad Social #

Firma

Fecha

CPC Firma del Representante

Fecha

Tenga en cuenta que todos los formularios después de esta página son específicos para clientes en:

CPC Behavioral Healthcare
Programa de servicios de recuperación de adicciones (ARS)

Si asiste a CPC solo por servicios de salud mental, entonces el siguientes formularios en este paquete, después de esta página, no aplique a su tratamiento en CPC.

Si vas a participar en el
Programa de servicios de recuperación de adicciones (ARS) de CPC:

*Por favor revise los siguientes formularios adicionales en este paquete.
específico para clientes ARS*

Gracias

Si tiene alguna pregunta sobre esto,
hable con su clínico de admisión.

CPC Behavioral Healthcare

Servicios de Recuperación de Adicciones

CPC Behavioral Health, Programa de Servicios de Recuperación de Adicciones está diseñado para ayudar a adultos y adolescentes con problemas de uso de sustancias a desarrollar un plan de recuperación eficaz, individualizado e integral mediante el desarrollo de apoyos y habilidades de afrontamiento saludables. Debido a una necesidad cada vez mayor, nos especializamos en el tratamiento de clientes con abuso de sustancias concurrente y trastornos de salud mental utilizando prácticas de tratamiento basadas en evidencia.

CPC Programa de Servicios de Recuperación proporciona programas ambulatorios e intensivos para pacientes ambulatorios (IOP) y supervisión de psiquiatría / medicación. CPC se especializa en utilizar un modelo de tratamiento totalmente integrado, que aborda las necesidades de uso de sustancias de nuestros consumidores, así como cualquier trastorno de salud mental concurrente simultáneamente para tratar a la persona en su totalidad, no solo a la adicción. CPC utiliza un enfoque de reducción de daños, combinado con entrevistas motivacionales, técnicas cognitivas conductuales y dialécticas conductuales y atención informada sobre el trauma, diseñada para involucrar y tratar con éxito a los clientes en su nivel actual de motivación y preparación para mejorar el éxito y la recuperación a largo plazo.

CPC ARS Programs:

Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios – Estos programas se ejecutan durante 9 horas a la semana. La duración de estos programas es en promedio de 12 a 16 semanas, pero pueden ser más cortos o más largos según las necesidades individuales del cliente. La PIO consiste principalmente en terapia de grupo, pero también incluye componentes individuales y familiares. En IOP, los clientes recibirán educación y terapia enfocadas en desarrollar el conocimiento, las habilidades y los apoyos necesarios para manejar eficazmente los trastornos por uso de sustancias, así como los trastornos de salud mental concurrentes.

El aumento de la percepción y la motivación para realizar cambios positivos en el estilo de vida y tomar decisiones saludables también se discute regularmente en los programas. La prevención de recaídas y el manejo de emociones y comportamientos desafiantes están integrados en el plan de estudios del programa. Además, temas como habilidades de comunicación y resolución de conflictos, manejo del estrés, manejo de la ira y relajación, salud y bienestar, dejar de fumar, preparación para el trabajo, autocuidado, duelo y pérdida y manejo del trauma son todos aspectos de la atención en el programa.

Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios para Adultos – Consulte con su clínica de admisión para conocer los días / horarios

Servicios para Pacientes Ambulatorios para Adicciones y Trastornos Concurrentes: Los siguientes servicios ambulatorios están disponibles. Consulte con su médico de admisión para obtener detalles sobre los días / horarios.

- Evaluación Biopsicosocial y de Riesgos

- Grupos de recuperación para pacientes ambulatorios

- Evaluación Psiquiátrica / Monitoreo de Medicamentos
- Tratamiento Asistido por Medicamentos para Trastornos por Uso de Sustancias
- Terapia Individual, de Pareja y Familia

Durante la pandemia COVID-19, los servicios de terapia se realizan a través de telesalud. Su médico CPC asignado le notificará de cualquier cambio y su médico le indicará cuándo y si se reanudan las visitas al consultorio. Consulte con su médico de CPC si desea obtener más información sobre la política de telesalud de CPC Behavioral Healthcare. Gracias por su cooperación.

CPC Servicios de Recuperación de Adicciones: REGLAS Y EXPECTATIVAS DEL PROGRAMA

1. **Seguridad:** Esto es de máxima prioridad en CPC. El tratamiento debe ser un entorno seguro. No se tolerarán armas, drogas, alcohol o cualquier otro artículo ilegal o peligroso en las instalaciones. El comportamiento agresivo también es inaceptable. El personal de CPC hará todo lo posible para ayudar a estabilizar una situación en la que alguien pueda ser un peligro para sí mismo o para otros; sin embargo, el personal de CPC llamará a la policía para pedir ayuda si la situación se agrava a un nivel inmanejable. Además, a los clientes que vengan al tratamiento intoxicados se les pedirá que un familiar o un amigo responsable los acompañe fuera de las instalaciones. Se requiere que CPC llame a la policía si alguien intenta alejarse de las instalaciones en estado de ebriedad. CPC puede llamar a la policía si los menores abandonan las instalaciones sin supervisión y sin permiso. Si en algún momento tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros, le solicitamos que se lo informe a un miembro del personal para que podamos ayudarlo.
2. **Actividad Criminal:** Cualquier intento de distribuir sustancias ilegales u otros artículos ilegales a otros clientes, ya sea dentro o fuera de las instalaciones o vehículos de CPC, resultará en la baja administrativa del programa. Dependiendo de la cantidad y la intención, se puede llamar a la policía local cuando sea apropiado.
3. **Asistencia:** La asistencia regular es esencial para un tratamiento eficaz y es un requisito para completar todos los programas de CPC. Se espera que haga todo lo posible para asistir a todas las sesiones programadas. En caso de que necesite cancelar una sesión, le pedimos que llame para notificar a CPC con la mayor anticipación posible. La asistencia deficiente constante puede ser motivo de despido administrativo.
4. **Puntualidad:** Llegue a tiempo a todas las sesiones programadas. Los médicos de CPC se reservan el derecho de impedir que cualquier cliente asista a una sesión en la que llegue con más de 15 minutos de retraso sin llamar, especialmente dentro de los programas grupales, ya que la tardanza es extremadamente perjudicial para el proceso grupal.
5. **Participación:** El personal de CPC se da cuenta de que las personas tienen diferentes niveles de comodidad y habilidades sociales con respecto a la apertura y el intercambio personal en el tratamiento y esto se tiene en cuenta con todos los clientes. Sin embargo, se espera que los clientes hagan un esfuerzo por participar en el tratamiento lo mejor que puedan. La negativa constante a participar puede ser motivo final para el despido.
6. **Pruebas de alcohol y drogas en orina:** Ya sea que esté o no en CPC de forma voluntaria o si una fuente de referencia externa lo exige, someterse a pruebas de alcohol y drogas en orina es una parte obligatoria de todo el tratamiento dentro de este departamento. Todos los clientes deben someterse a pruebas aleatorias. Negarse a realizar una prueba de drogas en orina se considera un acto de incumplimiento del tratamiento, que se registrará directamente en su registro de caso. Los esfuerzos para alterar o falsificar los resultados de las pruebas también se consideran un acto severo de incumplimiento, que también se registra. Las pruebas de orina positivas se revisarán y considerarán caso por caso. Se alienta a los clientes a ser honestos y directos sobre la recaída en lugar de hacer esfuerzos para ocultar el uso de sustancias, ya que una discusión abierta sobre la recaída mejora los resultados generales del tratamiento.
7. **Confidencialidad:** La información no se divulgará fuera de CPC sin el consentimiento previo por escrito, excepto en casos de abuso o negligencia infantil, o si un cliente representa un peligro activo para sí mismo o para los demás. En el entorno del grupo, se espera que los clientes se

adhieran a estas pautas de confidencialidad al no discutir la información de otros clientes fuera del entorno del grupo. "Lo que se dice en el grupo, permanece en el grupo" es la regla estándar.

8. **Respeto:** Todos los clientes, independientemente de su edad, deben tratar al personal, a los demás clientes y al edificio con respeto. La agresión verbal, los insultos o cualquier otro comportamiento perturbador puede resultar en que se le pida que abandone las instalaciones. Se espera que los miembros del grupo respeten a los demás escuchando y hablando solo de una persona a la vez. La dirección del personal de la CPC también debe respetarse y seguirse según corresponda. Los teléfonos móviles y otros dispositivos potencialmente perturbadores deben apagarse durante la sesión, ya que esto puede resultar muy perjudicial. A menos que esté médicamente indicado, los audífonos, audífonos y anteojos de sol no están permitidos durante la sesión, pero pueden usarse durante los descansos si el personal lo aprueba. A los menores enviados a casa debido a un comportamiento perturbador se les puede prohibir regresar al tratamiento hasta que regresen con sus padres o tutores.
9. **Fumar:** Los adolescentes no pueden fumar durante las horas de tratamiento. Los adultos pueden tener descansos cortos, pero se debe fumar a 25 pies de distancia del edificio de acuerdo con los Estándares de Licencias de NJ.
10. **Relaciones Sociales:** No se permiten las relaciones sexuales con otros clientes de CPC. Las amistades y otras relaciones sociales entre los clientes deben discutirse abiertamente con el personal, ya que hay muchas situaciones en las que esto es un peligro potencial para todos los involucrados.

Revise detenidamente estas reglas y expectativas y analice cualquier inquietud con su médico. Estas reglas están sujetas a modificaciones según corresponda para los servicios de tratamiento de telesalud.

CPC BEHAVIORAL HEALTH
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES

Consentimiento para usar el Sistema de Monitoreo de Abuso de Sustancias de Nueva Jersey (NJSAMS)

CPC utiliza la herramienta de evaluación y admisión de NJSAMS de conformidad con la Nueva Directrices de la División de Servicios de Adicciones de Jersey. Este sistema computarizado está completamente confidencial, cortafuegos y protegido por las leyes federales de privacidad HIPAA. El Sistema rastrea confidencialmente la información de admisión en los centros de tratamiento de adicciones con licencia de NJ para identificar tendencias. Además, el sistema NJSAMS es necesario para registrar clientes con Medicaid para el pago del tratamiento por abuso de sustancias.

Al enviar un correo electrónico de confirmación de devolución, usted acepta que CPC ingrese su nombre e información de evaluación general en el Monitoreo de Abuso de Sustancias Sistema. Notifique a su consejero de admisión inmediatamente si no da su consentimiento para el uso de su nombre e información en NJSAMS.

Declaración de Divulgación del Pasante

De acuerdo con NJAC 13:34C-6.3 (c) and NJSA 13:34 3.4

Antes de la prestación de los servicios de tratamiento por parte del pasante, el supervisor deberá obtener una divulgación escrita de que el cliente ha sido informado de que los servicios son proporcionados por un pasante bajo la supervisión clínica de un profesional autorizado.

CPC Behavioral Healthcare, Servicios de Recuperación de Adicciones utilizan pasantes de nivel de maestría para ayudar con la prestación de servicios de cofacilitación grupal, admisión y administración de casos.

Todos los pasantes de CPC Servicios de Recuperación de Adicciones son supervisados de cerca por nuestro personal autorizado de tiempo completo. Los pasantes deben revelar su condición de pasante a todos los clientes con los que están directamente involucrados. Como un Cliente de CPC Servicios de Recuperación de Adicciones, tiene derecho a ser informado y a preguntar sobre el estado de pasante de cualquiera de nuestros consejeros, incluida la identidad del supervisor directo de cualquier pasante.

Este documento se mantendrá como parte de los registros del cliente de conformidad con NJAC 13:34C-6.3 (c).

REFERENCIAS IMPORTANTES PARA CLIENTES DE SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE ADICCIÓN DE CPC:

Debido al hecho de que el uso / abuso de sustancias a menudo conduce a problemas adicionales en otras áreas de la vida, revise la siguiente lista de recursos que pueden ayudarlo con cualquier necesidad especial. Consulte también la página web de recursos CPC COVID-19:

<https://www.cpcbehavioral.org/covid-19-information>

Enfermedad Infecciosa, Pruebas de VIH / SIDA:

TODOS los clientes de los servicios de recuperación de adicciones de CPC deben ser conscientes de los riesgos de infección por VIH, tuberculosis (TB) y hepatitis, así como de otras enfermedades comúnmente asociadas con el abuso de drogas y alcohol. Si ha tenido comportamientos de alto riesgo, debe recibir las pruebas adecuadas de inmediato. Si cree que puede estar en riesgo de haber contraído el VIH, la tuberculosis, la hepatitis u otra enfermedad infecciosa, analice este tema con su consejero de inmediato.

CPC está aconsejando a los clientes interesados que vayan al ID Screening Center en 71 Davis Avenue en Neptune \ El número de teléfono es (732) -774-0151. Todos los servicios son confidenciales (es decir, pruebas de hepatitis, tuberculosis, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual (ETS), etc.)

La Guía de recursos revisada de la hepatitis viral de Nueva Jersey está ahora publicada en el sitio web del Departamento de Salud de Nueva Jersey. Visite el siguiente enlace para obtener más información sobre la hepatitis viral:

http://nj.gov/health/cd/hepatitis_viral/index.shtml

Hable directamente con su médico de CPC si cree que puede tener o está en riesgo de tener una enfermedad infecciosa y su médico de CPC lo ayudará a programar las pruebas y a obtener la atención médica necesaria.Medical Care for the Uninsured:

- Parker Clinic, Red Bank: Atención médica gratuita para los residentes del condado de Monmouth que no tienen seguro. 732-212-0777
- Visiting Nurse's Association Federally Qualified Health Centers – Varias ubicaciones en el condado de Monmouth – 732-774-6333

Servicios de Empleo:

- Monmouth County División de Rehabilitación Vocacional: (732) 775-1799
- CPC Servicios de Empleo con Apoyo: (732) 290-1700, ext. 5232

El manejo del Dolor:

Si experimenta algún tipo de dolor físico o si tiene programado someterse a una cirugía o procedimiento médico, notifique a su médico de inmediato. Además, debe notificar a su médico si está tomando algún analgésico recetado, ya que esto puede afectar su tratamiento en CPC. A continuación se enumeran el nombre y la ubicación de las CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR en esta área. Estas clínicas ofrecen opciones de manejo del dolor sin opiáceos para clientes en recuperación:

- Jersey Shore Medical Center, Neptune, NJ (732) 776-3150

- Riverview Medical Center, Red Bank, NJ (732) 530-3800

Notificación de Elección Benéfica:

Ningún proveedor de servicios de abuso de sustancias que reciba fondos federales de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de EE. UU., Incluida esta organización, puede discriminarlo por motivos de religión, una creencia religiosa, una negativa a tener una creencia religiosa o una negativa a participar activamente en una práctica religiosa. Si se opone al carácter religioso o no religioso de esta organización, la ley federal le otorga el derecho a una derivación a otro proveedor de servicios por abuso de sustancias. La remisión y su recepción de servicios alternativos deben ocurrir dentro de un período de tiempo razonable después de que los solicite. El proveedor alternativo debe ser accesible para usted y tener la capacidad de brindar servicios por abuso de sustancias. Los servicios proporcionados por el proveedor alternativo deben tener un valor no menor que el valor de los servicios que hubiera recibido de esta organización.

Comuníquese con su clínico de cabecera si tiene alguna pregunta o inquietud en esta área.

Desintoxicación, Servicios de Tratamiento Residencial / para Pacientes Hospitalizados: (*Tiene camas para adultos y adolescentes)

New Jersey Interim Management Entity (IME) – Ayuda con vínculos de tratamiento en Nueva Jersey – 1-844-276--2777

*New Hope Foundation: Marlboro (732) 946-3030 (Tiene subvenciones para personas sin seguro)
Princeton House, Princeton, NJ (609) 397-3371 (acepta Medicaid y también cuenta con Unidad de Diagnóstico Dual)

Suboxone para desintoxicación o mantenimiento de opiáceos para pacientes ambulatorios - Hable con el clínico de CPC o: (866) 512-2216 o visite: www.suboxone.com

Metadona para la desintoxicación ambulatoria de opiáceos: JSAS Healthcare, Asbury Park (732) 988-8877

CRISIS / LÍNEAS DIRECTAS - En caso de una emergencia, llame al 911

- Prevención Nacional del Suicidio Lifeline at 1-800-273-TALK (1-800-273-8255).
- Línea Directa de Violencia Doméstica - 1-800-572-7233
- Línea Directa de Abuso Infantil de NJ - 1-877-652-2818
- Respuesta y Estabilización Móvil de los Niños - 1(877) 652-7624

CPC BEHAVIORAL HEALTH
SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE ADICCIONES

El paquete de Servicios de recuperación de adicciones (ARS) contiene todos los siguientes documentos:

Reglas y expectativas del programa de servicios de recuperación de adicciones de CPC, incluida una descripción general de siguientes áreas: 1) Seguridad del cliente, 2) Política de asistencia y expectativas, 3) Expectativas de puntualidad, 4) Expectativas de participación, 5) Requisitos de pruebas de alcohol y drogas en orina y política, 6) Reglas de confidencialidad, y 7-9) Reglas y expectativas del cliente de Respetuoso, y Comportamiento apropiado en el tratamiento, Tabaquismo / uso de tabaco y Relaciones sociales en el tratamiento.

- El nombre, credenciales y número de teléfono de su consejero asignado y el Coordinador del programa CPC ARS
- Programa de servicios de recuperación de adicciones de CPC Descripción y lista de servicios de tratamiento disponibles, Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios y programas grupales en CPC, incluidos los servicios para trastornos concurrentes y ayuda para las familias.
- Declaración de divulgación del pasante.
- Consentimiento para el uso del Sistema de Monitoreo de Abuso de Sustancias de Nueva Jersey
- Notificación de elección benéfica y explicación de esta ley federal
- Resumen de confidencialidad de HIPAA y derechos y responsabilidades de CPC
- Lista de proveedores comunitarios importantes y línea directa para problemas que comúnmente ocurren junto con problemas de abuso de sustancias, que incluyen:
 1. VIH, enfermedades infecciosas y otras ETS, asesoramiento y pruebas confidenciales previas y posteriores a la prueba
 2. Instalaciones de atención médica para quienes no tienen seguro
 3. División de Rehabilitación Vocacional de Monmouth County, servicios de empleo gratuitos
 4. Clínicas de manejo del dolor
 5. Servicios de tratamiento para pacientes hospitalizados / residenciales, así como servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos Suboxone y Metadona para trastornos por uso de opioids
 6. Líneas directas de crisis y servicios de intervención de crisis para niños, así como listas de grupos de apoyo de 12 pasos del condado de Monmouth y líneas directas de referencia de tratamiento gratuitas en general de NJ.

Al enviar el correo electrónico de confirmación solicitado, usted reconoce que ha recibido una copia de todos los documentos anteriores y su médico le proporcionará las explicaciones y la asistencia necesarias. Su correo electrónico de confirmación también confirma su aceptación de cumplir con las reglas y expectativas del Programa ARS de CPC y su comprensión de que su tratamiento se proporcionará mediante servicios de telesalud durante la pandemia COVID-19. Si desea obtener más información sobre la Política de tratamiento de telesalud de CPC, hable con su médico asignado. Gracias por su cooperación.