Manual del cliente de MIKID
GUÍA DE SERVICIOS

Nombre del cliente: _____ Proveedor: _____

Número de telf.: _____ Email: _____

Gestor: _____ Email: _____

Gracias por decidir que MIKID esté ahí para usted y su(s) hijo(s).

Email: phoenix@mikid.org Página web: www.mikid.org

Facebook: www.facebook/mikidarizona Llame gratis: 1-844-805-2080

Nombre del cliente: _____ Proveedor: _____

Sede de MIKID: _____ Fecha: _____

Firma del tutor: _____

Firma del cliente: _____

Por favor, diríjase a la página web indicada a continuación para revisar su manual de cliente que contiene toda la información en la segunda página:

https://www.mikid.org/mikid-client-handbook/

Índice

1. Derechos del paciente
2. Aviso de privacidad
3. Consentimiento para el tratamiento
4. Cómo obtener lo mejor de los servicios
5. Formulario de PSN/auto-remisión
6. Abuso (físico/verbal)
7. Actividades
8. Asistencia
9. Vestimenta
10. Conducta y comportamiento
11. Información médica protegida
12. Divulgación de la información
13. Autorización para la divulgación de los registros médicos
14. Health Current
15. Aviso de confidencialidad de la información sobre el abuso de alcohol y drogas
16. Formulario de cesión de fotografías y vídeos
17. Autorización de entrega/recogida
18. Procedimiento de reclamación para clientes y familiares
19. Encuestas de satisfacción
20. Planificación del alta
21. Ubicación y contacto de MIKID
22. Lista de honorarios
23. Áreas geográficas de servicio de MEDICAID Complete Care
24. Información de contacto del plan de salud
25. Departamento de Servicios de Salud de Arizona
26. Recursos de salud mental y ayuda en caso de crisis

Derechos del paciente R9-10-212- Arizona

R9-10-212. Derechos del paciente

A. El administrador se asegurará de que: 1. Los requisitos de la subsección (B) y los derechos del paciente de la subsección (C) estén bien visibles en las instalaciones del hospital; 2. En el momento del ingreso, el paciente o su representante reciban una copia por escrito de los requisitos de la subsección (B) y los derechos del paciente de la subsección (C); y 3. Las políticas y los procedimientos incluyan: a. Cómo y cuándo se informa al paciente o a su representante de los derechos del paciente de la subsección (C); y b. Dónde se publican los derechos del paciente como se exige en la subsección (A)(1).

B. El administrador se asegurará de que 1. 1. Un paciente sea tratado con dignidad, respeto y consideración; 2. Un paciente no sea sometido a: a. Abuso; b. Negligencia; c. Explotación; d. Coerción; e. Manipulación; f. Abuso sexual; g. Agresión sexual; h. Aislamiento, salvo lo permitido por R9-10-217 o R9-10-225; i. Restricción, si no es necesaria para evitar un daño inminente a sí mismo o a otros, o según lo permitido en la norma R9-10-225; j. Represalias por presentar una queja al Departamento o a otra entidad; o k. Apropiación indebida de bienes personales y privados por parte del personal médico, los miembros del personal, los empleados, los voluntarios o los estudiantes de un hospital; y 3. Un paciente o su representante: a. Salvo en caso de emergencia, consiente o rechaza el tratamiento; b. Puede rechazar el examen o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que éste se inicie; c. Es informado de: i. Excepto en caso de emergencia, las alternativas a un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto y los riesgos asociados y las posibles complicaciones del medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto; ii. Cómo obtener una lista de tarifas y cargos del hospital requeridos en A.R.S. § 36-436.01(B); iii. Las políticas y los procedimientos de reclamación de los pacientes, incluido el número de teléfono del personal del hospital con el que hay que ponerse en contacto en relación con las reclamaciones, y el número de teléfono del Departamento si el hospital no puede resolver la reclamación del paciente; y iv. Salvo lo autorizado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996, la participación propuesta del paciente en investigación, experimentación o educación, si corresponde; d. Salvo en caso de emergencia, se proporciona una descripción de las políticas y procedimientos de las directivas de atención médica: i. Si se trata de un paciente interno, en el momento del ingreso; o ii. Si es un paciente ambulatorio: (1) Antes de cualquier procedimiento invasivo, excepto la flebotomía para obtener sangre con fines de diagnóstico; o (2) Si los servicios hospitalarios incluyen una serie planificada de tratamientos, al comienzo de cada serie; e. Consiente en que se tomen fotografías del paciente antes de que éste sea fotografiado, excepto que un paciente puede ser fotografiado cuando sea admitido en un hospital con fines de identificación y administrativos; y f. Salvo que la ley permita lo contrario, da su consentimiento por escrito para la divulgación de la información contenida en el: i. historial médico del paciente, o ii. Los registros financieros.

C. El paciente tiene los siguientes derechos 1. 1. A no ser discriminado por motivos de raza, nacionalidad origen, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico; 2. Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente; 3. Recibir privacidad en el tratamiento y la atención de las necesidades personales; 4. Tener acceso a un teléfono; 5. Revisar, previa solicitud por escrito, el propio registro médico del paciente de acuerdo con A.R.S. §§ 12-2293, 12-2294 y 12-2294. 01; 6. Recibir una derivación a otra institución de atención médica si el hospital no está autorizado o no puede prestar los servicios de salud física o de salud conductual que necesita el

paciente; 7. Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo del tratamiento o en las decisiones relativas al mismo; 8. Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales; y 9. A recibir asistencia de un familiar, representante u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.

Declaración de Derechos del Paciente Estado de Colorado 6 CCR 1011-1 Cap 02-6.104 - POLÍTICA DE DERECHOS DEL PACIENTE

(1) El paciente o, en su caso, su representante designado, tiene derecho a (a) participar en todas las decisiones que impliquen la atención o el tratamiento del paciente; (b) ser informado sobre si la entidad sanitaria participa en programas de enseñanza, y a dar su consentimiento informado antes de ser incluido en cualquier ensayo clínico relacionado con la atención del paciente (c) rechazar cualquier fármaco, prueba, procedimiento o tratamiento y a ser informado de los riesgos y beneficios de esta acción; (d) a recibir una atención y un tratamiento, de conformidad con la legislación estatal, que sea respetuoso, que reconozca la dignidad de la persona, sus valores culturales y sus creencias religiosas, y que prevea la intimidad personal en la medida de lo posible durante el curso del tratamiento; (e) conocer los nombres, la situación profesional y la experiencia del personal que presta atención o tratamiento al paciente; (f) recibir, previa solicitud: (i) antes del inicio de la atención o el tratamiento, el cargo promedio estimado para el paciente por atención no urgente. (ii) los procedimientos generales de facturación de la entidad sanitaria. (iii) una factura detallada que identifique el tratamiento y los servicios por fecha. (g) dar el consentimiento informado para todos los tratamientos y procedimientos. (h) registrar las quejas ante la entidad de asistencia sanitaria y el Departamento y ser informado de los procedimientos para registrar las quejas, incluida la información de contacto. (i) estar libre de abusos y negligencias. (j) estar libre del uso inapropiado de sujeciones. (k) excepto en situaciones de emergencia, los pacientes sólo serán aceptados para recibir atención y servicios cuando el centro pueda satisfacer sus necesidades de atención, tratamiento y servicio identificadas y razonablemente anticipadas. (l) atención prestada por la entidad sanitaria de acuerdo con las necesidades del paciente. (m) La confidencialidad de los registros médicos. (n) Recibir atención en un entorno seguro. (o) a que se divulgue si las remisiones a otros proveedores son entidades en las que la entidad de atención médica tiene un interés financiero. (p) formular directivas anticipadas y hacer que la entidad de atención médica cumpla con dichas directivas, según corresponda y en cumplimiento de la ley estatal aplicable. (2) La entidad de asistencia sanitaria divulgará la política relativa a los derechos del paciente antes del tratamiento o en el momento del ingreso, siempre que sea posible. (3) Cada entidad de atención de la salud publicará un aviso claro e inequívoco en una ubicación pública de la entidad de atención de la salud especificando que las quejas pueden registrarse en la entidad de atención médica, en el Departamento y en la junta de supervisión apropiada en el Departamento de Agencias Reguladoras (DORA). Previa solicitud, la entidad de atención médica proporcionará al paciente y a cualquier persona interesada la información de contacto para registrar las quejas.

Aviso de privacidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Le rogamos que lo revise detenidamente.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso de Privacidad ("Aviso") por favor llame a Medical Records al (602) 253-1240.

Compromiso de MIKID con respecto a su información médica protegida (PHI)

MIKID entiende que la información de salud sobre usted es personal. MIKID se compromete a proteger esta información. MIKID crea un registro de la atención y los servicios que usted recibe en MIKID. Necesitamos este registro para proporcionarle una atención de calidad y para cumplir con todas las regulaciones federales, estatales y locales. Este Aviso se aplica a toda la información médica y de salud conductual generada por MIKID.

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar la Información Médica Protegida. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y la divulgación de la información médica protegida.

Esto aplica a los siguientes:

- Cualquier profesional de la salud conductual autorizado a introducir información en su registro de PHI.
- Todos los subcontratistas que prestan servicios a los clientes de MIKID.
- Todos los departamentos y otras clínicas de MIKID cumplirán con los términos de este Aviso.
- Todos los sitios y empleados de MIKID seguirán los términos de este Aviso. Además, estos sitios y empleados pueden compartir información médica o de salud conductual entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones de la clínica descritos en este Aviso.

La ley obliga a MIKID a:

- Asegurarse de que toda la información médica o de salud mental que le identifique sea confidencial.
- Entregarle este Aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de MIKID con respecto a su información médica o de salud conductual.
- Cumplir con los términos del Aviso que está actualmente en vigor.

Cómo puede MIKID utilizar y divulgar su PHI

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que utilizamos y divulgamos la información médica o de salud mental.

- Para el tratamiento
- Para el pago
- Para operaciones de atención médica
- Recordatorio de citas
- Alternativas de tratamiento
- Prestaciones y servicios relacionados con la salud
- Investigación
- Como lo exige la ley
- Para evitar una amenaza grave para la salud y la seguridad
- Responsabilidades en materia de salud pública
- Actividades de supervisión sanitaria
- Demandas y litigios
- Cumplimiento de la ley
- Médicos forenses y directores de funerarias
- Seguridad nacional y actividades de inteligencia
- Reclusos

Sus derechos en relación con la información médica sobre usted

Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que MIKID mantiene sobre usted.

- Derecho de inspección.
- Derecho de modificación.
    - Debe hacerse por escrito e incluir la razón que apoya su solicitud.
    - MIKID puede negarse si la información no fue creada por MIKID, no forma parte de la PHI conservada por MIKID, la información es exacta y completa.
- Derecho a un informe sobre las divulgaciones.
    - Información médica o de salud mental sobre usted divulgada a otros organismos.
- Derecho a solicitar restricciones.
- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.
    - Cómo desea que MIKID se comunique con usted sobre la información médica o de salud conductual de una manera determinada o en un lugar determinado.
- Derecho a recibir una copia en papel de este Aviso.

Cambios en este aviso

MIKID se reserva el derecho a modificar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo un aviso revisado o modificado para la información médica o de salud mental que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en los sitios de MIKID. El Aviso contendrá en la primera página, en la esquina inferior derecha, la fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre o sea admitido en la clínica para recibir servicios de atención médica, le ofreceremos una copia del Aviso actual en vigor.

Reclamos

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito a los representantes locales de MIKID. Sus datos de contacto se le facilitarán en el momento de la admisión. Si su queja no se resuelve, puede presentar una queja ante el responsable de privacidad de MIKID, el vicepresidente de programas o la persona designada, en la oficina corporativa de MIKID.

Si MIKID no puede resolver sus preocupaciones, usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito con el Coordinador Estatal de Salud Mental y Apelaciones. Si la queja no se resuelve allí, puede presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

No se le sancionará por presentar un reclamo

Otros usos y divulgaciones de la PHI que no estén contemplados en este Aviso o en las leyes que se nos aplican se harán sólo con su autorización por escrito. Si nos da permiso para utilizar o divulgar información médica o de salud mental sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar información médica sobre usted por los motivos contemplados en su autorización escrita. Usted entiende que MIKID no puede retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de la atención que le proporcionamos.

Consentimiento para el tratamiento

Por la presente autorizo a MIKID, *Mentally Ill Kids In Distress* (Niños con Enfermedades Mentales en Peligro), a prestar los servicios que se consideren necesarios o convenientes para el cuidado de _____.
Nombre impreso del miembro

Entiendo que este consentimiento será válido mientras el afiliado esté inscrito en el plan Complete Care o hasta que yo retire mi consentimiento. Entiendo que esta información será revisada conmigo anualmente.

Entiendo que toda la información recopilada en el curso de los servicios es confidencial. Sin embargo, la información confidencial puede ser revelada sin mi consentimiento de acuerdo con las leyes estatales y federales. Ejemplos de tales divulgaciones incluyen situaciones de emergencia que implican una amenaza grave: o inminente para una persona o el público; la denuncia de abuso o negligencia de niños o adultos; divulgaciones ordenadas por los tribunales; requisito de reclamaciones financieras y evaluaciones de auditorías y programas. Entiendo que, a los fines del tratamiento, la información sobre el tratamiento del miembro puede ser discutida por otros miembros del equipo clínico del miembro y otros profesionales dentro del sistema de Complete Care Plan. Además, entiendo que, al firmar este consentimiento, estoy dando permiso para que ADHS/DBHS y MEDICAID accedan a la información y los registros del miembro que se mantienen dentro del sistema de Complete Care Plan y de cualquier proveedor subcontratado en relación con la prestación de servicios cubiertos.

Entiendo que puedo solicitar información escrita y verbal en el idioma o formato que se ajuste a las necesidades de mi familia.

Estoy de acuerdo en participar en el proceso de planificación del tratamiento con respecto al miembro en la medida de mis posibilidades. Entiendo que la duración de nuestra participación en los servicios de MIKID depende de las necesidades de nuestra familia y de la inclusión de los servicios de MIKID en el plan de tratamiento. También entiendo que la planificación de la transición será una parte continua del proceso de planificación para preparar a mi familia para el momento en que los servicios de MIKID lleguen a su fin.

En el caso de que el miembro se convierta en un peligro para sí mismo o para otros, puede ser necesario ponerlo en una breve retención de Prevención de Crisis.

Consentimiento para el tratamiento (Continuación)

_____	_____	_____
Padre/tutor (en letra de molde)	Padre/tutor (firma)	Fecha
_____	_____	_____
DCS (en letra de molde)	DCS (firma)	Fecha
_____	_____	_____
Personal de MIKID (en letra de molde)	Personal de MIKID (firma)	Fecha

Nombre del miembro: _____ ID de Medicaid: _____

Cómo obtener lo mejor de los servicios

Estas son algunas pautas que pueden ayudar a los clientes mientras están recibiendo servicios en Mentally Ill Kids In Distress (MIKID):

♦ Ser honesto, tener la mente abierta y estar dispuesto a buscar soluciones alternativas a los problemas actuales.

♦ Ser considerado y respetuoso con los demás.

♦ Esforzarse por ser la mejor persona posible.

♦ Tener orgullo de sí mismo y de cómo se refleja en los demás.

♦ Cooperar con los compañeros y el personal.

♦ Crecer en aceptación y humildad.

♦ Ser constante en la asistencia al servicio.

Formulario de PSN/Auto-remisión

Tipo de remisión: Fecha de hoy: _____

☐ Auto-remisión (complete las secciones A. y B.)

☐ Remisión de PSN (complete las secciones A. y C.) **JD #** _____

Sección A-Información general del afiliado:

Nombre del miembro (Nombre de MEDICAID):
_____

FDN: _____ # de MEDICAID: _____ ☐ Masculino☐ Femenino

El miembro vive con: ☐Familia adoptiva ☐Parientes ☐Otro: _____

Dirección: _____Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre del tutor: _____Teléfono #: _____

Nombre del sitio: _____ Teléfono #: _____

Nombre, dirección y teléfono del médico de cabecera: _____

Hogar y Oficina de Salud Mental del Miembro: _____
☐ Marcar si no hay BHH asignado

Nombre del gestor de caso: _____ Teléfono #: _____

Correo electrónico del gestor de caso: _____ Fax #: _____

Sección B - Sólo auto-remisión

☐T1016 Gestión de casos ☐S5110 Apoyo familiar ☐S5150 Descanso no cualificado ☐T1019 Cuidados personales ☐H2027 Formación previa al empleo ☐H2027HQ Grupo de formación previa al empleo ☐H2025 Apoyo continuo para mantener el empleo ☐H2025HQ Grupo de apoyo continuo para mantener el empleo ☐T1013 Servicios de interpretación ☐H2014 Habilidades de vida individuales ☐H2014HQ Grupo de habilidades de vida ☐H0038 Apoyo individual entre pares ☐H0038HQ Grupo de apoyo entre pares ☐A0120 Trans-Base ☐S0215 Trans-Mileage ☐H0025 Prevención/Ed individual de BH ☐H0025HQ Prevención/Ed grupal de BH ☐H0004 Orientación individual ☐H0004HQ Orientación grupal

Envíe este formulario por correo electrónico a:
Phoenix: centralazrecords@mikid.org
Northern AZ & Bullhead: nazmedrec@mikid.org
Tucson, Nogales, & Sierra Vista: tucsonmedicalrecords@mikid.org
Yuma, Casa Grande, & La Paz: yumamedicalrecords@mikid.org
**Enviar al departamento de RM: ☐ Este formulario ☐Elegibilidad MEDICAID ☐ Consentimiento para el tratamiento ☐ROI (si aplica) **

Sección C- Solo para remisión del PSN

JD #: _____Fecha de remoción: _____ Fecha de la audiencia: _____

Nombre de pariente (1): _____# de MEDICAID _____

FDN: _____Número de contacto: _____

Dirección: _____Ciudad _____ Código postal: _____
Tipo de contacto: ☐Llamada ☐Texto ☐Correo de voz Mejor momento para llamar: ☐Mañana ☐Tarde ☐Noche

Nombre de pariente (2): _____MEDICAID # _____

FDN: _____Número de contacto: _____

Dirección: _____Ciudad _____ Código postal: _____
Tipo de contacto: ☐Llamada ☐Texto ☐Correo de voz Mejor momento para llamar: ☐Mañana ☐Tarde ☐Noche
Abogado de mamá: _____ # de Contacto: _____

Abogado de papá: _____# de Contacto: _____

Abogado Miembro: _____ # de Contacto: _____

Trabajador del caso DCS: _____ # de Contacto: _____

Los servicios no pueden comenzar hasta que se reciban los siguientes documentos:

Por favor, envíe este formulario de remisión por correo electrónico a: annaj@mikid.org con la siguiente documentación.

☐ Página de solicitud de servicios ☐ Página de remisión de salud conductual ☐ Evaluación ☐ Plan de Servicios ☐ROI

☐ Apoyo familiar (S5110) ☐ Descanso no cualificado (S5150) ☐ Gestión de casos (T1016)

Reconocimiento Consentimiento para el tratamiento/ ROI

Al firmar a continuación, autorizo a Mentally Ill Kids In Distress, a prestar los servicios que se consideren necesarios o convenientes para el cuidado de: _____ (Nombre del miembro)

Firma del representante: _____Fecha: _____
Consentimiento verbal dado por (nombre completo y cargo): _____
_____ Fecha:_____

Solo para uso de MIKID

Personal llenando el formulario: _____ Fecha de envío de la remisión: _____
FSP asignado: _____ Número de contacto del PSF: _____
Correo electrónico del FSP: _____ Oficina de MIKID: _____
Fecha y hora del CFT: _____
Nombre del contacto de BHH: _____ Email: _____
☐ Rechazado/no elegible para los servicios de MIKID
**Enviar al departamento de RM: ☐Este formulario ☐ Consentimiento para el tratamiento ☐ROI (si aplica) **

Abuso (físico/verbal)

Por la seguridad de todos, no se tolerará la violencia verbal ni física.

Cualquier cosa que pueda causar o resultar en daño físico o emocional a sí mismo, o a otro individuo, no está permitido. Mientras estén en los servicios, los clientes aprenderán a actuar responsablemente y a no abusar verbal o físicamente de otros individuos en el programa o del personal de MIKID. No se tolera la intimidación ni el comportamiento de acoso. El personal y los clientes de MIKID deben demostrar respeto y no discriminación por motivos de raza, género, religión, credo, identidad sexual u origen étnico.

El personal profesional de MIKID está obligado a denunciar los abusos físicos y/o sexuales.

Actividades

MIKID ofrece una amplia variedad de actividades para los clientes y las familias y estas actividades pueden incluir actividades recreativas y/o físicas. MIKID no se hace responsable de las lesiones que puedan producirse al ir a estas actividades, al participar en ellas o al volver de ellas, y que cada cliente es responsable de las lesiones sufridas y de las facturas médicas derivadas de las mismas.

Asistencia

La asistencia constante a todas las actividades programadas en el plan de tratamiento de cada cliente será lo más beneficioso para el éxito del resultado deseado por el cliente y la familia. Para alcanzar los objetivos, tanto el personal de MIKID como el cliente y su familia deben participar en los servicios acordados en el plan de tratamiento. Si hay que faltar a una cita, MIKID pide que el cliente o el tutor avisen de la cancelación con 24 horas de antelación. Esto es también lo que se espera del personal de MIKID para el cliente y su familia. Si un cliente permanece fuera de los servicios durante 30 días (unas 4 semanas y media) o más, se le puede pedir que se ponga en contacto y se restablezca. El cliente puede enfrentarse a la terminación de los servicios si no se hacen arreglos previos. La discusión será para evaluar las necesidades de los servicios, la frecuencia y el compromiso de lo que les ha mantenido fuera de los servicios antes de que se les permita regresar/continuar en los servicios.

Vestimenta

Se pide a los clientes y a los miembros de la familia que lleven ropa personal limpia, como jeans, pantalones de vestir, pantalones cortos, vestidos o faldas (con pantalones cortos debajo para las niñas) con una blusa o camisa apropiada. No se debe usar ropa y/o accesorios que simbolicen o anuncien ideas inapropiadas o sugestivas o mensajes malsanos. La ropa ajustada o reveladora, los tops escotados o de tubo y los tops sin mangas se consideran atuendos inapropiados. El personal de MIKID está obligado a vigilar esto de cerca para garantizar la seguridad de todos los clientes, el personal y los visitantes, y tiene la discreción de pedir a un cliente que se cambie y/o sea recogido de las instalaciones debido a su vestimenta. El cliente o los miembros de la familia pueden volver a los servicios el mismo día con la vestimenta adecuada.

Conducta y comportamiento

La filosofía de MIKID es que los clientes y sus familiares sean tratados con CORTEZA y RESPETO por el personal, los visitantes y otros clientes. No ser respetuoso con el personal, los clientes y/o sus familiares, o las instalaciones de MIKID puede poner en peligro la continuidad de la participación en el programa.

MIKID anima a los clientes a no llevar objetos de valor mientras estén en los servicios. MIKID no se responsabiliza de ninguna pertenencia personal que se pierda o extravíe mientras se encuentre en una instalación de MIKID o mientras esté en los servicios.

Acuerdo de código de conducta para todos los participantes

Para su información, esperamos que cada participante se ajuste a estas normas de conducta. (Los participantes que no cumplan con estas expectativas pueden ser enviados a casa a expensas de sus padres).

1) Participar con el grupo y ser puntual en todas las reuniones; incluye limitaciones en el uso del teléfono móvil a menos que haya una necesidad inminente
2) Respetar la propiedad: tratar los espacios interiores de forma adecuada
3) Respetar el esfuerzo de los demás
4) Respetar las opiniones y los cuerpos de los demás participantes
5) Respeto al personal y a otros adultos
6) Hablar con cortesía/respeto a todos; no se tolerará el lenguaje grosero
7) No se tolerará la posesión o el uso de alcohol, drogas ilegales, tabaco o armas. Cualquier infracción de las normas dará lugar a la expulsión inmediata de las instalaciones. (Ver más abajo Uso de Sustancias)
8) No llevar ropa ofensiva o inmodesta
9) No se permite el uso de vapeadores, JU-JU, e-cigarrillos, aerosoles, o cualquier forma de los mismos, etc.
10) No salir del lugar del evento sin el permiso de un supervisor adulto

USO DE SUSTANCIAS: La abstinencia de alcohol y drogas no prescritas durante su inscripción aquí es parte de su compromiso con los servicios. Esto incluye tomar los medicamentos estrictamente según las indicaciones de su proveedor de atención médica e informarnos inmediatamente de cualquier prescripción nueva o modificada.

Entiendo que estos acuerdos enumerados anteriormente están destinados a hacer de este evento lo mejor, más seguro y más divertido posible para todos y que si violo cualquiera de ellos, el Director Clínico tendrá la autoridad para determinar las consecuencias apropiadas incluso la terminación inmediata de los servicios en ese momento. Estas expectativas son para la propiedad de MIKID como el edificio y la furgoneta, etc., así como en los servicios en la comunidad. He leído y estoy de acuerdo en seguir estas normas.

Información médica protegida

MIKID debe obtener su consentimiento por escrito antes de poder revelar información médica protegida sobre usted. Sin embargo, la ley federal permite a MIKID divulgar información sin su permiso por escrito en las siguientes situaciones:

♦ En virtud de un acuerdo con una organización de servicios/empresa asociada cualificada

♦ Para investigaciones, auditorías o evaluaciones. Según lo permitido por una orden judicial.

♦ Para denunciar un delito cometido en las instalaciones de MIKID o contra el personal de MIKID

♦ Al personal médico en caso de emergencia médica. ♦ A las autoridades apropiadas para informar sobre sospechas de abuso o negligencia infantil.

Hay momentos en que un cliente está en una crisis en la que la confidencialidad puede ser rota para garantizar la seguridad del cliente.

Por favor, sepa que todo el personal profesional de MIKID son informantes obligatorios y están obligados por la ley de Arizona para informar de todos los casos sospechosos de abuso / negligencia de los menores, de desarrollo, físico o intelectual y los ancianos al Departamento de Servicios Humanos de Arizona.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

_____	_____	_____
Nombre del miembro	FDN	# de MEDICAID

Yo, _____, autorizo a _____ para

☐ Divulgar e intercambiar información/registros relativos al miembro mencionado a/con:

MIKID

7816 N 19111 Ave

Phoenix, AZ 85021

602-253-1240

Los expedientes que se divulgarán y/o intercambiarán son: Todos los registros, incluida la información confidencial relacionada con el abuso de alcohol o drogas (según se define en 42 CFR 2.1 et SEQ.), la información confidencial sobre el diagnóstico/tratamiento de salud mental, la información confidencial relacionada con el VIH (según se define en ARS Section 36-661) y la información confidencial sobre enfermedades contagiosas (según se define en ARS 36-661), y/o toda la información relacionada con mi contacto con la agencia/empresa mencionada anteriormente, incluidas las recomendaciones sobre el desempeño del empleo. Esta divulgación tiene como propósito la coordinación de la atención

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, excepto en la medida en que la persona que hace la divulgación ya haya tomado medidas en base a él. Si no se ha revocado previamente, este consentimiento terminará un (1) año después de la fecha de la firma.

_____	_____	_____
Pariente/tutor (en letra de imprenta)	Pariente/tutor (firma)	Fecha
_____	_____	_____
DCS (en letra de imprenta)	DCS (firma)	Fecha
_____	_____	_____
Personal de MIKID (en letra de imprenta)	Personal de MIKID (firma)	Fecha

DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR, Parte II). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por el 42 CFR Parte II. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen la divulgación de esta información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con problemas de alcoholismo o drogadicción.

Nombre del miembro: _____

ID de MEDICAID: _____

Autorización para divulgar los registros médicos

Nombre del miembro: _____ Fecha de hoy_____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del servicio: _____

☐ Fotocopia de licencia

¿Cómo desea recibir los registros solicitados?

☐ Fax#_____ ☐ Correo (enviado a la dirección indicada más abajo)

☐ Recogida en persona ☐ Correo electrónico seguro (a la dirección de correo electrónico indicada más abajo)

Motivo de la solicitud:

☐ Seguimiento médico ☐ Militar ☐ Seguro ☐ Seguridad Social/Discapacidad
☐ Fines legales ☐ Uso personal ☐ Escuela ☐ Otro_____

Información a divulgar accedida:

☐ Resúmenes mensuales de MIKID ☐ Evaluaciones de riesgo de MIKID
☐ Notas de progreso de MIKID ☐ Otro_____

A:

_____ Número de teléfono: _____

(médico, hospital, abogado, yo mismo, BHH, etc.)

_____

Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)

_____

Correo electrónico

Entiendo que esta es una divulgación única de los registros médicos a la entidad mencionada. Al firmar a continuación, autorizo la divulgación o solicito el acceso a la información especificada en este documento para el nombre del miembro arriba mencionado.

Persona o entidad que solicita los registros: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo de los registros médicos

MIKID Nombre del empleado:_____# de páginas divulgadas:_____

Firma del empleado de MIKID:_____Fecha:_____

08/31/2021

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD CONDUCTUAL Y ABUSO DE SUSTANCIAS

(PARA LOS PROVEEDORES DE TRATAMIENTO)

Nombre del paciente:_____Fecha de nacimiento: _____

Al firmar este formulario, autorizo a todos mis proveedores anteriores, actuales y de atención médica en los que he recibido tratamiento de salud conductual, incluido cualquier tratamiento por trastornos de uso de sustancias, a divulgar mi información a Health Current, el intercambiador de información de salud (HIE) de todo el estado, y a la organización mencionada aquí:

MIKID Mentally Ill Kids In Distress (602) 253-1240

Nombre de la organización sanitaria con relación de tratamiento Número de teléfono

7816 N 19th Avenue Phoenix AZ 85021

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Estoy recibiendo (O recibiré) tratamiento de esta organización. El propósito de esta divulgación es para:

- Mi tratamiento;
- El pago de mi tratamiento (por ejemplo, la facturación a las compañías de seguros); y
- Actividades operativas de la sanidad (por ejemplo, mejora de la calidad de la atención a los pacientes, gestión de la atención a los pacientes, actividades de seguridad de los pacientes y otras actividades necesarias para dirigir una organización sanitaria).

Autorizo la divulgación de toda mi información médica para estos fines, incluida la información sobre salud conductual y trastornos por uso de sustancias (por ejemplo, medicamentos y tratamiento), mi historial médico, diagnóstico, registros hospitalarios, información sobre visitas a clínicas y médicos, medicamentos, alergias, resultados de pruebas de laboratorio, informes radiológicos, salud sexual y reproductiva, información relacionada con enfermedades transmisibles e información relacionada con el VIH/SIDA.

Entiendo que los mencionados anteriormente obtendrán esta información sobre mí a través de Health Current, y entiendo que, si previamente he optado por no compartir mi información de salud a través del HIE, este formulario cambia esa decisión. Entiendo que, si firmo este formulario, estoy de acuerdo en que se comparta mi información médica a través del HIE. Entiendo que puedo cambiar esta decisión en cualquier momento.

Entiendo que puedo retirar o cancelar este consentimiento para compartir mi información en cualquier momento, excepto cuando alguien ya se basó en mi consentimiento para divulgar la información. Si deseo cancelar mi consentimiento o si tengo preguntas, me pondré en contacto con la organización a través de la información de contacto indicada anteriormente. A menos que cancele este consentimiento antes, éste terminará automáticamente un año después de la fecha de mi firma. Comprendo que la información sobre mi tratamiento de trastornos por uso de sustancias seguirá estando protegida por la ley federal después de su divulgación

_____ _____

Firma del paciente Fecha

_____ _____

Firma del Pariente/Tutor si el paciente tiene menos de 18 años) Fecha

Tanto el niño como el padre/tutor deben dar su consentimiento para la divulgación de la información sobre el trastorno por consumo de sustancias del niño, a menos que el niño esté casado, no tenga hogar o esté emancipado

_____ _____

Firma del responsable de la toma de decisiones en materia de salud del paciente Fecha
(Si el paciente ha sido declarado incompetente por un tribunal o ha fallecido)

Aviso al receptor de la información sobre trastornos por consumo de sustancias: 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Aviso de confidencialidad de la información sobre alcohol y drogas

- La confidencialidad de los registros de los miembros por abuso de alcohol y drogas que mantiene el MIKID está protegida por la ley y los reglamentos federales.
- Salvo en circunstancias específicas, MIKID no puede decir a una persona ajena a MIKID que un miembro asiste a un programa de tratamiento de alcohol o drogas.
- MIKID tampoco puede revelar ninguna información que identifique al miembro como alcohólico o drogadicto a menos que:
    1. El miembro da su consentimiento por escrito;
    2. La divulgación está permitida por una orden judicial;
    3. La divulgación se hace al personal médico en caso de emergencia médica o al personal cualificado con fines de investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de las leyes y reglamentos federales que rigen la divulgación de información sobre los miembros puede constituir un delito. Las sospechas de infracción pueden ser denunciadas a las autoridades competentes, tal y como establece la normativa.

Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre un delito cometido por un miembro en el programa o contra cualquier persona que trabaje para el programa o sobre cualquier amenaza de cometer dicho delito.

Las leyes y los reglamentos federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil para que no se denuncie, según la ley de Arizona, a las autoridades estatales o locales correspondientes.

(Véase 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C 290ee-3 para las leyes federales y CFR; Parte 2 de los reglamentos federales)

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____

Firma del miembro: _____

ID # _____

Formulario de cesión de fotografías y vídeos de MIKID

Por la presente concedo permiso para los derechos de mi imagen, semejanza y sonido de mi voz tal y como se ha grabado en una cinta de audio, digital o de vídeo sin pago ni ninguna otra consideración. Entiendo que mi imagen puede ser editada, copiada, exhibida, publicada o distribuida y renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto final en el que aparezca mi imagen. Además, renuncio a cualquier derecho a los derechos de autor u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de mi imagen o grabación. También entiendo que este material puede ser utilizado en diversos entornos educativos dentro de un área geográfica no restringida.

Las grabaciones fotográficas, de audio, digitales o de vídeo pueden utilizarse, entre otros, para los siguientes fines:

- presentaciones de conferencias
- presentaciones o cursos educativos
- presentaciones informativas
- cursos educativos en línea
- vídeos educativos

Al firmar esta autorización, entiendo que este permiso significa que las grabaciones fotográficas, digitales o de vídeo de mi persona pueden ser mostradas electrónicamente a través de Internet o en el entorno educativo público.

Se me consultará sobre el uso de las fotografías, grabaciones digitales o de vídeo para cualquier fin distinto de los mencionados anteriormente.

No hay límite de tiempo para la validez de esta divulgación ni hay limitación geográfica sobre dónde pueden distribuirse estos materiales.

Esta cesión se aplica únicamente a las grabaciones fotográficas, de audio, digitales o de vídeo recogidas como parte de las sesiones enumeradas en este documento.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y entendido completamente la cesión anterior y eximo de toda reclamación a cualquier persona u organización que utilice este material.

Formulario de cesión de fotografías y vídeos de MIKID (Continuación)

Nombre del miembro _____

_____	_____	_____
Pariente/tutor (en letra de imprenta)	Pariente/tutor (firma)	Fecha
_____	_____	_____
DCS (en letra de imprenta)	DCS (firma)	Fecha
_____	_____	_____
Personal de MIKID (en letra de imprenta)	Personal de MIKID (firma)	Fecha

---

Nombre del miembro _____

Número de ID de MEDICAID _____

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA/RECOGIDA DE MIKID

Nombre del miembro: _____ # de Id de MEDICAID_____

Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de estar en casa cuando MIKID deje al miembro. En caso de que no esté disponible, autorizo a MIKID a ponerse en contacto con los siguientes contactos de emergencia:

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Yo, _____ (nombre del tutor en letra de imprenta), doy permiso a MIKID para dejar/recoger al miembro en:

(Si es diferente de lo anterior, indique el nombre del hogar, la escuela o la organización de la persona autorizada y la dirección a continuación)

_____

_____

_____

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA/RECOGIDA DE MIKID CONTINUACIÓN

Puedo revocar mi permiso en cualquier momento completando un nuevo formulario de autorización de entrega/recogida con el personal de MIKID.

Entiendo que MIKID intentará ponerse en contacto con los contactos mencionados anteriormente si no estoy disponible durante una entrega programada. Si MIKID no puede comunicarse conmigo o con los contactos de emergencia, entiendo que MIKID puede necesitar contactar a la policía local o al DCS.

_____	_____	_____
Pariente/tutor (en letra de imprenta)	Pariente/tutor (firma)	Fecha
_____	_____	_____
DCS (en letra de imprenta)	DCS (firma)	Fecha
_____	_____	_____
Personal de MIKID (en letra de imprenta)	Personal de MIKID (firma)	Fecha

---

Nombre del miembro _____

Número de ID de MEDICAID _____

Procedimiento de reclamación para clientes y familiares

En el caso de que, durante el servicio, un cliente sienta que sus derechos han sido violados por una acción de un miembro del personal de MIKID o de un participante del programa, se sienta discriminado, reciba un trato desigual o vea algo que se cree que no es correcto, por favor, siga el procedimiento siguiente;

- Informar inmediatamente al proveedor para encontrar una solución
- Si la situación no se resuelve satisfactoriamente, el cliente puede presentar una descripción detallada del problema o problemas, incluyendo fechas, horas, persona(s) involucrada(s) e información de contacto al Director del Programa.
- El director del programa dará una respuesta verbal o escrita en un plazo de 5 días hábiles.
- Si los resultados no son satisfactorios, se presentará una revisión de la información al Director Estatal de Gestión de Programas y se dará una respuesta en 5 días hábiles.

Encuestas de satisfacción

En un esfuerzo por demostrar un crecimiento continuo para mejorar la prestación de servicios de MIKID, nos gustaría conocer el nivel de satisfacción con los servicios que se le proporcionan a usted o a su(s) hijo(s). El director del programa puede dar discusiones sobre la satisfacción de los clientes de vez en cuando. Se anima a los clientes y a las familias a comunicar su satisfacción al proveedor y al director del programa durante estas conversaciones.

Planificación del alta

La planificación del alta es un proceso conjunto entre los clientes y su equipo de apoyo. Esto puede incluir al agente de libertad condicional, al equipo clínico, a los miembros de la familia que no sean el tutor, al trabajador de DCS, al personal de la escuela, etc. con el personal de MIKID.

Dependiendo del progreso en el tratamiento, los clientes pueden ser dados de alta por algunas de las siguientes razones;

- El cliente ha cumplido con éxito los objetivos del plan de tratamiento
- El cliente ha progresado al máximo y/o ha obtenido el máximo beneficio del tratamiento
- El cliente o la familia no pueden o no quieren comprometerse con los objetivos y servicios del plan de tratamiento o con las directrices del programa.
- Se evalúa que el comportamiento del cliente es perjudicial para sí mismo o para el resto de sus compañeros o la comunidad.

EQUIPO EJECUTIVO

Jeff Kazmierczak, RN, MSN, MBA

Director General

jeffk@mikid.org

Bonnie Kolakowski

Director Financiero

bonniek@mikid.org

Akia Compton, MS, BHT

Vicepresidente de Programas y Operaciones

akiac@mikid.org

Patrick Winters

Vicepresidente de Marketing y Desarrollo

patrickw@mikid.org

Alfonso Gonzales

Director de Recursos Humanos

alfonsog@miki.org

Suma Hodge, MS, LPC, BHP, CCTP

Director Clínico Regional

sumah@mikid.org

Patricia Worthen, LMSW, BHP

Director Regional de Gestión de Programas

pworthern@mikid.org

Heather Fenech, BA

Director de Desarrollo del Personal

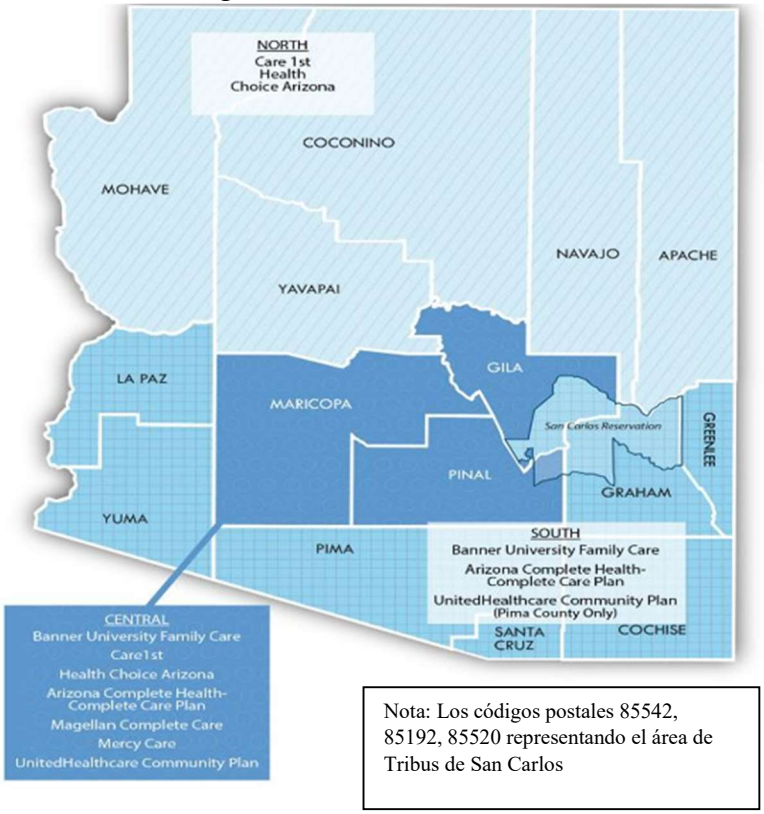
heatherf@mikid.org

Jennifer Diaz

Director de Sistemas de Información Médica

jenniferd@mikid.org

Mapa de Servicios AHCCCS Complete Care
En vigor desde el 1 de octubre de 2018



Nota: Los códigos postales 85542, 85192, 85520 representando el área de Tribus de San Carlos

included in the South GSA.

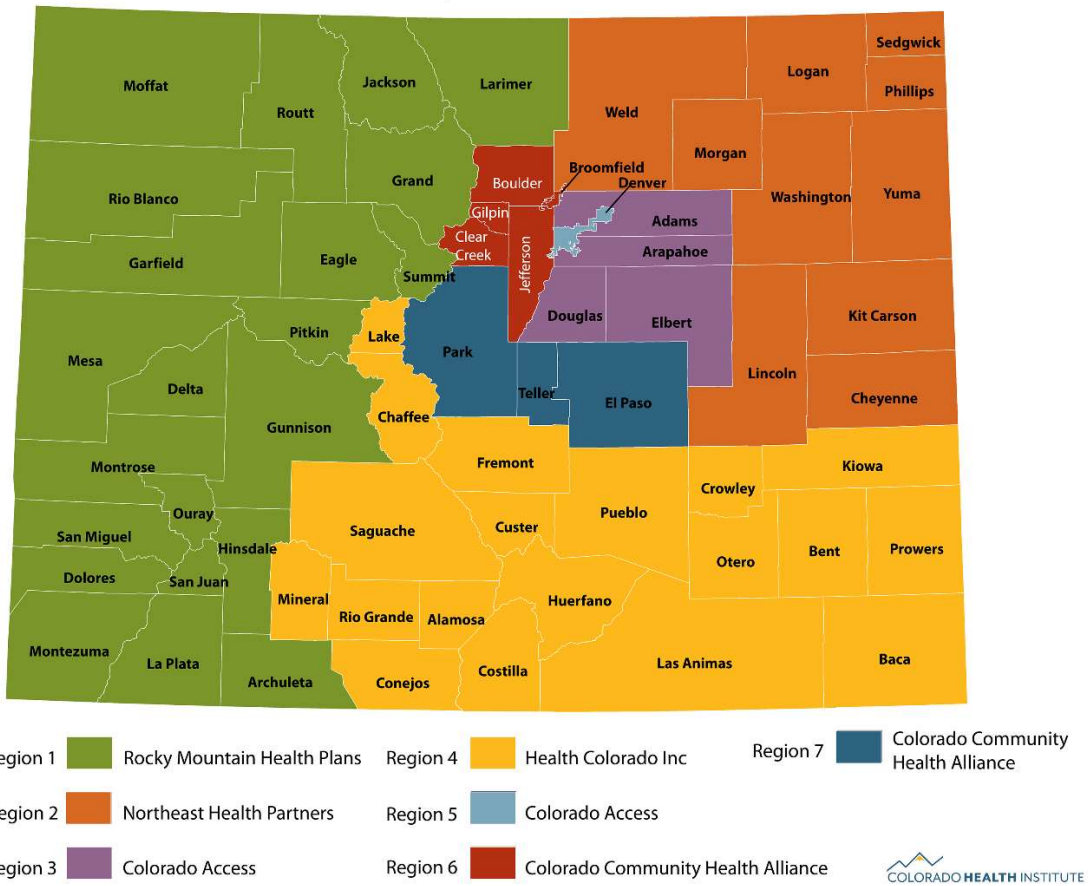
1. **Kingman:** 2615 E Beverly Ave., Kingman, AZ 86409 | PH: 928-753-4354 | FX: 928-543-2277
2. **Bullhead City:** 810 Gemstone Ave., Bullhead City, AZ 86442 | PH: 928-704-9111 | FX: 928-233-7629
3. **Phoenix:** 7816 N 19th Ave., Ste., 100, Phoenix, AZ 85021 | PH: 602-253-1240 | FX: 602-840-3409
4. **Casa Grande:** 901 E Cottonwood Ln., Casa Grande, AZ 85122 | PH: 520-509-6669 | FX: 928-493-3976
5. **Yuma:** 2891 S Pacific Ave., Yuma, AZ 85365 | Phone: 928-344-1983 | Fax: 928-493-3976
6. **Tucson:** 925 E Bilby Rd., Tucson, AZ 85706 | PH: 520-882-0142| FX: 520-882-0124
7. **Nogales:** 1777 N Frank Reed Rd., Off. 1 & 2, Nogales, AZ 85621 | PH: 520-377-2122 | FX: 520-882-0124

Appendix 1-1

Servicios para los miembros del Sistema de Contención de Costes de Atención Médica de Arizona

https://azweb.statemedicaid.us/HealthPlanLinksNet/HPLinks.aspx

Regiones de la entidad regional responsable (RAE) en la segunda fase del ACC



MIKID Colorado Site- Pueblo, CO: 115 E. Riverwalk, Suite 110, Pueblo, CO 81003

Servicios para los miembros del Instituto de Salud de Colorado:

https://www.healthfirstcolorado.com/benefits-services/

https://hcpf.colorado.gov/contact-hcpf#Member-Contacts-Anchor-1

Sitio de la lista de tarifas del AHCCCS de Arizona

https://www.azahcccs.gov/PlansProviders/RatesAndBilling/FFS/

Sitio de tarifas de la RAE de Colorado

https://hcpf.colorado.gov/provider-rates-fee-schedule

https://www.azMedicaid.gov/BehavioralHealth/crisis.html

Líneas telefónicas de crisis

Los servicios de crisis están disponibles para cualquier residente de Arizona, independientemente de la cobertura del seguro médico. Si usted o alguien que conoce está experimentando una crisis de salud mental, por favor llame a una de estas líneas de crisis nacionales o locales:

Asesoramiento en crisis COVID-19

- Llame al 2-1-1 para obtener asesoramiento gratuito sobre crisis COVID-19. www.ResilientArizona.org

Línea nacional de crisis 24 horas

Teléfono

- Línea nacional de prevención del suicidio:
  1-800-273-TALK (8255)
- Línea nacional de remisión y tratamiento de problemas de consumo de sustancias y trastornos:
  1-800-662-HELP (4357)

Mensaje de texto

- Envíe "HOME" al 741741

Líneas telefónicas de ayuda contra el suicidio y la crisis por condado

- Condado de Maricopa atendido por Mercy Care:
  1-800-631-1314 or **602-222-9444**
- Condados de Cochise, Graham, Greenlee, La Paz, Pima, Pinal, Santa Cruz y Yuma atendidos por Arizona Complete Health - Complete Care Plan:
  1-866-495-6735
- Condados de Apache, Coconino, Gila, Mohave, Navajo y Yavapai atendidos por Health Choice Arizona:
  1-877-756-4090
- Comunidades indígenas de Gila River y Ak-Chin:
  1-800-259-3449
- Comunidad india Pima Maricopa de Salt River:
  1-855-331-6432
- Nación Tohono O'odham:
  1-844-423-8759

Especialmente para los adolescentes

- Línea de Vida para Adolescentes teléfono o texto:
  602-248-TEEN (8336)

Especialmente para los veteranos

- Línea de crisis para veteranos:
  1-800-273-8255 (presione 1)
- Be Connected:
  1-866-4AZ-VETS (429-8387)

Acerca de los Servicios de Crisis de Arizona

Arizona cuenta con una sólida red de servicios de crisis de salud conductual disponible para cualquier residente de Arizona, independientemente de la cobertura del seguro médico. Los servicios incluyen:

- Líneas telefónicas de crisis 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año, operadas por especialistas en crisis capacitados.
- Equipos móviles 24 horas al día, 7 días a la semana, formados por profesionales de la salud conductual que se desplazan hasta la persona que está sufriendo una crisis y le proporcionan una evaluación, estabilización y pueden clasificar a la persona para que reciba un nivel de atención superior, según corresponda.
- Centros de estabilización de crisis basados en instalaciones que ofrecen estabilización y observación de crisis, incluido el acceso al tratamiento asistido con medicamentos.

https://www.healthfirstcolorado.com/benefits-services/#member-handbook

Colorado Crisis Services es el sistema estatal de respuesta a las crisis de salud del comportamiento que ofrece a los residentes ayuda, información y remisiones en caso de crisis de salud mental, consumo de sustancias o emocional. Su misión es fortalecer el sistema de salud mental de Colorado proporcionando a los ciudadanos un mayor acceso a los servicios de crisis dondequiera que estén, las 24 horas del día y los 365 días del año, independientemente de su capacidad de pago.

Llame
Conecte con alguien que le escuche, comprenda y se preocupe.
Tel: LLAME 1-844-493-8255

Texto
Inicie un chat en cualquier momento. Estamos aquí para ayudarte.
sms: "TALK" al 28255

Centros de atención

Región metropolitana de Denver
Aurora
Anschutz Medical Campus 2206 Victor Street Aurora, 80045
Wheat Ridge
4643 Wadsworth Blvd. Wheat Ridge, 80033
Denver
4353 E. Colfax Ave Denver, 80220
Boulder
3180 Airport Road Boulder, 80301
Littleton
6509 S. Sante Fe Drive Littleton, 80120

Región Noreste
Greeley
928 12th Street Greeley, 80631
Región Sureste
Colorado Springs
115 S Parkside Drive Colorado Springs, 80910
Pueblo
1310 Chinook Lane Pueblo, 81001
Región de la vertiente occidental
Montrose
300 N Cascade Ave. Montrose, 81401

Haz saber a los demás que hay esperanza y comprensión.

Puedes cambiar la forma en que el mundo ve la salud mental.

Líneas telefónicas de crisis

Líneas telefónicas de crisis 24 horas - Nacional

***1-800-273-TALK (8255)* Línea nacional de prevención del suicidio**

Arizona
https://namiarizona.org/crisis-lines/
https://namiarizona.org/information-resources/

Colorado
https://www.namicoloradosprings.org/
https://namibouldercounty.org/resources/boulder-county-mental-health-resources/
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://leg.colorado.gov/sites/default/files/2020_health_care_resource_book_0.pdf