



DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SALUD BEHAVIORAL
Declaración de los Derechos del Consumidor

La Declaración de los Derechos del Consumidor le dice los derechos que usted tiene cuando recibe los servicios de salud mental. Si usted no entiende sus derechos, se le leerán y explicarán. Si la corte ha dicho que usted es incapaz de entender estos derechos, se le dará una copia de los derechos a alguien en su familia o cualquier otra persona a su elección.

Cuando usted recibe servicios del Departamento de Salud Behavioral de cualquier institución bajo contrato para proporcionar servicio o apoyo de salud mental por el Departamento de Salud Mental, usted tiene el derecho a:

- SER TRATADO EN TODO MOMENTO CON DIGNIDAD Y RESPETO. Usted será tratado, en todo momento, con la consideración y respeto para su dignidad, autonomía y privacidad. El tratamiento respetuoso será extensible a los miembros de la familia, representantes personales, abogado o guardián.
- QUE LE DIGAN LOS DERECHOS QUE TIENE
- QUE NO DISCRIMINEN CONTRA USTED. Los servicios de salud mental y los apoyos de salud mental se le darán sin discriminación por lo que se refiere a raza, color, religión, nacionalidad, idioma, cultura, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual, estado familiar, responsabilidades familiares, matriculación, afiliación política, minusvalía, fuente de ingresos y lugar de residencia.
- ESTAR SEGURO DE DAÑOS. A estar libre de abuso físico, emocional, sexual o financiero, negligencia, acoso sexual, coerción o explotación cuando busca o recibe servicios y apoyo de salud mental.
- NO ESTAR ATADO O ENCERRADO EN UNA HABITACION. Estar libre de aislamiento y encierro de cualquier tipo que no sea médicamente necesario o que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o como represalia por parte del personal.
- QUEJARSE SI USTED PIENSA QUE SUS DERECHOS HAN SIDO VIOLADOS. Presente una queja si siente que sus derechos han sido limitados, violados o si usted no está satisfecho con los servicios o apoyo de salud mental suministrados. Si usted no está satisfecho con la respuesta a su queja por su proveedor de servicios de salud mental, usted tiene el derecho a una revisión externa o mediación de su queja por una parte neutral. Usted puede tener también el derecho de solicitar una audiencia justa u otro remedio.
- DECIDIR POR ADELANTADO QUE TRATAMIENTO QUIERE. Para tomar ciertas decisiones de cuidados de salud, incluyendo el derecho a aceptar o rehusar tratamiento médico para mantener la vida, si tal tratamiento fuera necesario, y el derecho a ejecutar directrices avanzadas acerca de tales decisiones de tratamiento médico (ej. testamento en vida, poder notarial), usted también tiene el derecho de ejecutar instrucciones avanzadas de preferencias de tratamiento de salud mental. Estas preferencias deberán seguirse excepto por causa justificada. Un folleto que explica más en detalle estos derechos se encuentra disponible en cada sala de los hospitales Santa Isabel (Saint Elizabeth) y en cada agencia de servicios centrales.

- ❑ **DAR O NO DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS PROBLEMAS MENTALES O FISICOS.** Que le proporcionen información acerca de sus servicios y apoyo propuestos de salud mental, incluyendo su fin, efectos secundarios, riesgos y beneficios potenciales, y posibles alternativas donde se busque su consentimiento informado para la provisión de servicios o apoyo. A menos que la ley lo estipule de otro modo, no se le proporcionará servicios o apoyo sin su consentimiento informado. En los casos en que tal información le sea dada y su médico crea que usted es incapaz de dar el consentimiento informado, su médico deberá buscar certificación de su incapacidad. Si a usted se le certifica como incapacitado, su médico deberá obtener consentimiento para la provisión de servicios y apoyo de un miembro de su familia o representante personal que usted haya autorizado a que divulgue información, su abogado, poder notarial duradero o guardián nombrado por la corte.
- ❑ **TOMAR O REHUSAR TOMAR MEDICAMENTOS.** Estar libre de la administración de medicamentos con el fin del tratamiento de la salud mental sin su consentimiento informado, a menos que la ley lo estipule de otro modo. Cuando se busque su consentimiento informado, el Departamento de Salud Mental o su proveedor deberán proporcionarle a usted, su representante personal, poder notarial duradero o miembro de la familia, información acerca del medicamento propuesto. También tiene el derecho de apelar la decisión a una parte neutral. Su negativa al consentimiento de la medicación en base a una objeción religiosa válida, no será invalidada sin una orden de la corte requiriendo a su proveedor que administre la medicación.
- ❑ **SER TRATADO EN UN LUGAR QUE NO TENGA DEMASIADAS LIMITACIONES.** Recibir servicios y apoyo individualizados de salud mental en el ambiente menos restringido, más integrado y apropiado a sus necesidades individuales.
- ❑ **TOMAR PARTE EN EL DESARROLLO DE SU PLAN DE SERVICIO.** Participación significativa para usted, miembros de su familia, representante personal y/o su abogado en el desarrollo de su plan de servicio, además de la oportunidad de participar en la planificación de su transición de un proveedor a otro. Tal planificación de servicio deberá incluir el derecho a ser informado de su condición y estado legal y servicios propuestos o actuales, los riesgos y beneficios de los tratamientos, terapias y/u otras alternativas disponibles. Los servicios ofrecidos a usted no deberán estar condicionados al acuerdo a aceptar otro servicio o apoyo. Usted puede revocar su consentimiento a participar en cualquier momento y/o solicitar una revisión de su plan de servicio.
- ❑ **QUE MANTENGAN PRIVADA SU INFORMACION.** Tener los registros de información de su salud mental y toda la información acerca de usted mantenida de forma confidencial y tener acceso a sus registros y ser capaz de solicitar corrección de la información errónea contenida en el registro de acuerdo con la Ley de Información de Salud Mental de 1978.
- ❑ **TENER TIEMPO PARA SOCIALIZAR CON OTROS HOMBRES O MUJERES.** Oportunidades de interacción social con miembros de los dos sexos, a menos que tal interacción esté específicamente limitada o retenida bajo su plan de servicio a causa de riesgo substancial o daño potencial a usted u otros o a que pueda impedir substancialmente un tratamiento eficaz.
- ❑ **SOLICITAR UN EXAMEN DE SU CONDICION MENTAL.** Si usted está comprometido civilmente a solicitar por escrito un examen independiente de su condición mental para determinar si usted debería permanecer comprometido. Este examen se llevará a cabo dentro de los 180 después de su compromiso. Si usted no puede pagar por el examen, DMH pagar' a el costo por usted.

Si usted está comprometido civilmente, a ser examinado automáticamente cada 90 días por un psiquiatra o psicólogo calificado designado por DMH para determinar si continúa existiendo la posibilidad de que usted se dañe a sí mismo u otros debido a su enfermedad mental si se le pone en libertad. Usted recibirá un aviso con al menos siete días de antelación antes del examen.

Adicionalmente, se enviará una copia de notificación del examen al Servicio del Defensor Público (Public Defender Service) al menos siete (7) días antes del examen. Usted y el Servicio del Defensor Público son responsables de notificar a cualquier otra persona que usted quiera sea consciente de su examen. Usted puede tener a su abogado o un miembro de su familia presente durante el examen si solicita su presencia y el doctor aprueba la asistencia.

- **HABLAR EN PRIVADO CON LA FAMILIA Y AMIGOS A HORAS RAZONABLES**
- **AL EJERCICIO FISICO Y A SALIR AL EXTERIOR.** Razonables oportunidades para el ejercicio físico regular y libertad para salir fuera a intervalos regulares y frecuentes.
- **VER A LOS VISITANTES QUE USTED QUIERE VER.** Comunicación libre con, y visitas de, sus abogados, (attorney-in-fact), clero, miembros de la familia, su pareja, representantes personales y guardias en privado y a horas razonables.
- **ENVIAR O RECIBIR CORREO SIN QUE NADIE LO ABRA.** Oportunidades para comunicarse por correo sellado no censurado o de otro modo, con oficiales en el Departamento de Salud Mental, su abogado, la corte y sus médicos personales o psicólogo calificado. Los materiales de escritura y los sellos de correos deberán proporcionársele si los solicita. Deberán proporcionarle asistencia al escribir, dirigir y franquear las cartas y otros documentos. El correo solamente puede leerse si existe razón para creer que el mismo contiene artículos, información o sustancias que puedan ser perjudiciales.
- **HABLAR AL TELEFONO EN PRIVADO.** Acceso a teléfonos para hacer o recibir llamadas confidenciales, incluyendo llamadas gratis locales y acceso razonable a llamadas gratis de larga distancia si es indigente, y asistencia al llamar si la solicita y necesita.
- **PEDIR Y RECIBIR UNA COPIA DE SU FACTURA POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS.** Solicitar y recibir una copia detallada de su factura por los servicios prestados.
- **RECIBIR SERVICIOS Y VIVIR EN UN LUGAR SALUDABLE, SEGURO Y LIMPIO.** Condiciones seguras, sanitarias y humanas de vida y para recibir tratamiento.
- **VOTAR EN TODAS LAS ELECCIONES SI ESTA REGISTRADO.** Votar en todas las elecciones en la jurisdicción en la que está registrado.
- **PRACTICAR O NO PRACTICAR SU RELIGION.** Participar o abstenerse de la práctica de la religión y libertad de acoso con el fin de alentarle a que participe en las prácticas religiosas del proveedor u otros consumidores.
- **TENER UN SITIO DONDE GUARDAR SUS PERTENENCIAS.** Acceso a un espacio de almacenamiento individual razonable para uso privado.
- **USAR SUS PROPIAS ROPAS Y GUARDAR SUS PROPIAS COSAS.** Usar sus propias ropas y guardar, mostrar y usar posesiones personales, incluyendo artículos de tocador, a menos que un médico determine y documente en su registro que limitaciones específicas son necesarias para fines clínicos.
- **VESTIR, PEINARSE Y TENER EL ASPECTO QUE QUIERA.** Mantener su aspecto personal, incluyendo el pelo de la cabeza y cuerpo de forma razonable de acuerdo con su gusto personal, a menos que afecte negativamente a su salud o seguridad o a la salud y seguridad de otros.
- **EXPRESAR SU OPINION ACERCA DE LOS SERVICIOS QUE RECIBE.** Participar en la evaluación periódica de los servicios y apoyo de salud mental, incluyendo la evaluación de los proveedores.

- DISFRUTAR DE TODOS LOS BENEFICIOS Y PRIVILEGIOS GARANTIZADOS POR LA LEY A MENOS QUE ESTEN LIMITADOS POR LA CORTE.

Departamento de Salud Mental, Oficina de Responsabilidad, División de los Derechos del Consumidor

64 New York Ave., NE 3rd Fl., Washington D.C. 20002

Teléfono: (202) 673-4377

Facsimile: (202) 671-4081

El Departamento de Salud Behavioral estipula que deberá darse una copia de esta declaración a usted, un miembro de su familia o representante.

Fecha en que se presentó la "Declaración de los Derechos del Consumidor" _____

Reconozco que he leído o que me han leído esta declaración

(Firma del consumidor)

(Firma del testigo)

(Fecha)

(Guardián, familia o representante)

(Firma del testigo)

(Fecha)

DISTRITO DE COLUMBIA
DEPARTAMENTO DE SALUD BEHAVIORAL
DECLARACION DE LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR

Mientras recibe los servicios del Departamento de Salud Behavioral o de cualquier institución bajo contrato para proporcionar servicio o apoyo de salud mental por el Departamento de Salud Behavioral, usted tiene el derecho a:

- SER TRATADO EN TODO MOMENTO CON DIGNIDAD Y RESPETO
- QUE LE DIGAN LOS DERECHOS QUE TIENE
- QUE NO DISCRIMINEN CONTRA USTED
- ESTAR SEGURO DE DAÑOS
- ❖ NO ESTAR ATADO O ENCERRADO EN UNA HABITACION
- QUEJARSE SI USTED PIENSA QUE SUS DERECHOS HAN SIDO VIOLADOS
- ❖ DECIDIR POR ADELANTADO QUE TRATAMIENTO QUIERE
- ❖ DAR O NO DAR SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS PROBLEMAS MENTALES O FISICOS
- ❖ TOMAR O REHUSAR TOMAR MEDICAMENTOS
- SER TRATADO EN UN LUGAR QUE NO TENGA DEMASIADAS LIMITACIONES
- TOMAR PARTE EN EL DESARROLLO DE SU PLAN DE SERVICIO
- ❖ QUE MANTENGAN PRIVADA SU INFORMACION
- SOLICITAR UN EXAMEN DE SU CONDICION MENTAL
- ❖ HABLAR EN PRIVADO CON LA FAMILIA Y AMIGOS A HORAS RAZONABLES
- ❖ TENER TIEMPO PARA SOCIALIZAR CON OTROS HOMBRES O MUJERES
- AL EJERCICIO FISICO Y A SALIR AL EXTERIOR
- ❖ VER A LOS VISITANTES QUE USTED QUIERE VER.
- ❖ ENVIAR O RECIBIR CORREO SIN QUE NADIE LO ABRA
- ❖ HABLAR AL TELEFONO EN PRIVADO
- PEDIR Y RECIBIR UNA COPIA DE SU FACTURA POR LOS SERVICIOS RECIBIDOS
- RECIBIR SERVICIOS Y VIVIR EN UN LUGAR SALUDABLE, SEGURO Y LIMPIO
- VOTAR EN TODAS LAS ELECCIONES SI ESTA REGISTRADO
- PRACTICAR O NO PRACTICAR SU RELIGION
- TENER UN SITIO DONDE GUARDAR SUS PERTENENCIAS.
- ❖ USAR SUS PROPIAS ROPAS Y GUARDAR SUS PROPIAS COSAS
- ❖ VESTIR, PEINARSE Y TENER EL ASPECTO QUE QUIERA
- EXPRESAR SU OPINION ACERCA DE LOS SERVICIOS QUE RECIBE
- DISFRUTAR DE TODOS LOS BENEFICIOS Y PRIVILEGIOS GARANTIZADOS POR LA LEY A MENOS QUE ESTEN LIMITADOS POR LA CORTE.

❖ **LA LEY PERMITE ALGUNAS LIMITACIONES EN ESTOS DERECHOS POR CAUSA JUSTIFICADA**

Si piensa que sus derechos han sido denegados o violados o que usted ha sido tratado injustamente y tiene una queja relativa a servicios o apoyo de salud mental, usted puede visitar o contactar a su abogado defensor. Una copia del "Procedimiento de queja" y de la "Declaración de los Derechos del Consumidor" están disponibles previa solicitud de su abogado (Peer advocate).

Su abogado (peer advocate) es: _____
Puede comunicarse con el abogado llamando al: _____ o
visitándole en: _____

O USTED PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON:

Departamento de Salud Behavioral, Oficina de Responsabilidad, División de los Derechos del Consumidor

64 NY Avenue N.E., 3rd. floor, Washington D.C. 20002

Teléfono: (202) 673-4377

Facsimile: (202) 671-4081