



PROGRAMA DE SERVICIOS DE
EPILEPSIA

1-877-553-7453

epilepsyalliancefl.org

ESTE MANUAL DELINEA PARA USTED, EL CLIENTE, INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS BÁSICOS OFRECIDOS POR EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE EPILEPSIA (ESP POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), ELEGIBILIDAD, Y EL PROCESO DE RECERTIFICACIÓN PARA ASEGURAR LA CONTINUACIÓN DE LOS SERVICIOS.

ES POSIBLE QUE ESTE MANUAL NO INCLUYA TODOS LOS SERVICIOS QUE ESTÁN DISPONIBLES PARA USTED.

PROGRAMA DE SERVICIOS DE EPILEPSIA (ESP)

Epilepsy Alliance Florida (EAFLA por sus siglas en inglés), es una organización sin fines de lucro dedicada a mejorar el ajuste personal y social de las personas con epilepsia y de sus familias.

Bajo la dirección del Departamento de Salud del Estado de la Florida (DOH, por sus siglas en inglés), EAFLA provee un Programa de Servicios de Epilepsia (ESP por sus siglas en inglés), comprensivo para personas con epilepsia y trastornos convulsivos. Algunos de los servicios gratuitos ofrecido incluyen servicios sociales, información y referidos, educación, grupos de apoyo y campamento de verano.

ESP también facilita que los servicios médicos para niños y adultos diagnosticados con epilepsia o trastorno convulsivo estén disponibles y accesibles. Los servicios médicos incluyen la evaluación neurológica inicial y las visitas siguientes, tratamiento médico, electroencefalograma (EEG), análisis de sangre, y otros estudios diagnósticos consistentes con los requisitos médicos. La elegibilidad financiera para ofrecer asistencia con los pagos médicos y otros servicios es determinada durante el proceso inicial de admisión y durante el proceso anual de recertificación.

El programa de servicios de epilepsia no cubre hospitalización o servicios que no están autorizados con anticipación por el departamento médico.

A QUIENES SERVIMOS

El Programa de Servicios de Epilepsia (ESP por sus siglas en inglés), admite a cualquier individuo cuya dirección este ubicada en el estado de la Florida y tenga un diagnóstico de epilepsia o sospecha de trastornos convulsivos. El programa también sirve a las familias y amistades de personas con epilepsia y/o trastornos convulsivos, organizaciones comunitarias, colegios, profesionales, y negocios que necesitan información sobre epilepsia.

RECERTIFICACIÓN

Este manual delinea para usted, el cliente, los servicios básicos ofrecidos por el programa, la elegibilidad, y el proceso de recertificación para asegurar la continuación de los servicios. El propósito de la recertificación anual es revisar y actualizar su información y determinar su elegibilidad financiera para ESP.

Para completar con éxito el proceso de recertificación anual, se le pedirá que complete una entrevista telefónica para determinar cuáles documentos de elegibilidad serán necesarios para el próximo año de servicios. Su fecha de recertificación anual comienza un año a partir de la fecha en que se firmaron los formularios durante el proceso inicial de admisión.

Los documentos pueden ser enviados por correo a:

Epilepsy Alliance Florida
c/o Intake Department
7300 North Kendall Drive, Suite 760
Miami, FL 33156

Los documentos también se pueden enviar por correo electrónico, fax o entregar a su oficina local.

Correo electrónico: Intake@eafla.org

Fax: (305) 670-0131

Recibirá un solo manual. Si desea una copia adicional por favor contáctenos.

Adicionalmente, es necesario que nos proporcione los siguientes documentos:

- Prueba de identificación
- Prueba de dirección en el estado de la Florida
- Ingreso del hogar
- Prueba de seguro de salud, (si es aplicable)

Por favor refiérase a la tabla siguiente, la cual describe ejemplos de

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE:

Comprobantes:	Documentos requeridos:	
Identificación Fotográfica (Copia clara de uno de los siguientes documentos)	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir o identificación otorgada en un estado de los Estados Unidos • Tarjeta de residencia • Pasaporte • Identificación escolar • Otra identificación otorgada por el gobierno de los Estados Unidos 	
Comprobante de Domicilio (Copia clara de uno de los siguientes documentos)	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de conducir de la Florida (actualizada) • Identificación otorgada por el estado de la Florida • Tarjeta o registro de votante • Factura de servicios (por ejemplo, electricidad, agua, teléfono, cable con su nombre y dirección actual) • Verificación de vivienda 	
Prueba de Ingreso (Copias claras de los siguientes documentos son necesarias)	Talonarios de pago <ul style="list-style-type: none"> • Últimos 8 – si el pago es semanal • Últimos 4 – si el pago es cada 2 Semanas o 2 veces al mes • Últimos 2 – si el pago es mensual • Declaración de impuestos de este año o el anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de SSI/SSDI • Reparación integral por accidente laboral • Pensión • Carta de compensacion por desempleo • Declaración de empleo por cuenta propia • Carta de apoyo • Carta de auto declaración
Seguro de Salud (Si tiene seguro de salud, envíenos una copia clara de la tarjeta)	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid • Medicare • Florida Healthy Kids • Seguro a través de su empleador, empleador de su esposo (a) o Mercado de Seguros (Obamacare) 	

SERVICIOS SOCIALES PROPORCIONADOS A LOS CLIENTES DE ESP:

1. Evaluación comprensiva inicial de las necesidades de los clientes:

- Una evaluación intensiva que estudia todas las fases que tienen impacto en el bienestar del cliente y de su sistema de hogar a corto y largo plazo. Esto forma la base para el desarrollo del plan de atención (POC) por sus siglas en inglés.

2. Desarrollo de un plan de atención comprensivo: Este plan es la base por la cual se dirige la provisión de servicios sociales. El administrador de casos ayuda al cliente, a identificar sus necesidades y crear metas, objetivos y planes de acción.

- **Todos los POC incluyen las siguientes 5 áreas esenciales que serán evaluadas**
 - Acceso a cuidado neurológico
 - Acceso a medicamentos antiepilépticos
 - Transportación
 - Educación sobre la epilepsia
 - Recaudación de fondos y participación en actividades

Otras áreas, por ejemplo, empleo, servicios vocacionales, acceso a otros servicios médicos, cuidado dental, cuidado psicológico, ayuda financiera, asuntos escolares, etc. también son evaluadas si son determinadas necesarias

3. Coordinación de servicios necesarios para completar el plan:

- Conlleva asistencia para identificar y completar los pasos que son necesarios para alcanzar las metas identificadas por el cliente en el POC. Según sea necesario, se hacen referidos internos y externos, utilizando recursos de la agencia y de la comunidad.

4. Monitoreo para evaluar la eficacia del plan:

- Los clientes serán contactados un mínimo de dos (2) veces por año; por lo menos uno de estos contactos tiene el propósito de evaluar el progreso del POC.
- Se evaluarán dificultades y/o problemas que limitan la habilidad de completar las metas y estas se ajustarán según sea necesario.
- Debido a que los servicios de la gestión de casos son virtuales, los contactos normalmente son por teléfono, correo electrónico, o fax. Oportunidades como grupos de apoyo y otros eventos facilitan la evaluación personal del progreso del cliente.

5. Reevaluación periódica y actualización del plan según sea necesario: esto puede incluir modificación específica del apoyo al cliente y la utilización de servicios.

SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS A LOS CLIENTES DE ESP:

1. Evaluación de elegibilidad para servicios médicos
2. Evaluación neurológica inicial
3. Electrodiagnóstico (electroencefalograma de base – EEG)
4. Estudios de sangre para evaluar las funciones corporales y los niveles de los medicamentos anticonvulsivos
5. Continuación de visitas médicas según indicadas
6. Otros procedimientos diagnósticos: MRI (Resonancia magnética), CT Scan (Tomografía computarizada), DEXA Scan (Escaneo DEXA), y otros como sean indicados
7. Orientación y educación sobre la epilepsia
8. Asistencia para obtener medicamentos por varios medios
9. Servicios diversos como completar formularios para beneficios que no son directamente médicos (aplicación para la licencia de manejar, formularios de seguro social, etc.)
10. Referidos a otras instalaciones médicas para servicios que no están disponibles a través de EAFLA o no están relacionadas a la epilepsia.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

El programa médico tiene la intención de asistir a clientes sin seguro de salud que tienen la capacidad de pagar una cuota mínima por sus servicios médicos. La porción que pagan los clientes es determinada durante el proceso inicial de admisión y anualmente durante el periodo de recertificación. El ingreso del hogar es verificado y comparado con una escala financiera nacional para determinar el porcentaje de responsabilidad del costo médico.

Si el ingreso bruto del hogar (después de deducciones) cae bajo el 100% de la línea de pobreza federal, los servicios médicos están ofrecidos sin cargo. Clientes cuyos ingresos brutos del hogar caen entre 100% y 200% de la línea federal de pobreza pagan una porción de los costos médicos. Si el ingreso bruto del hogar es sobre 200% de la línea federal de pobreza, los clientes pagan 100% de los precios reducidos de la organización.

Al momento en que un cliente con servicios médicos reciba una cita, se proveerá una factura con la porción de su pago.

CIERRE DEL CASO

Servicios provistos por el **ESP serán cancelados** en casos en que:

- El proceso de certificación o recertificación no puede ser completado
- El cliente pierde contacto con la organización
- El cliente se muda fuera del área de servicio o del estado de la Florida
- El cliente deja de necesitar los servicios ofrecidos por la organización
- El cliente no cumple con los requisitos de la organización
- El cliente se comporta en una manera que es abusiva y/o ilegal, por ejemplo, falsificar una receta. El abuso de alcohol y/u otra droga también puede resultar en la terminación de servicios.

DERECHOS DE LOS CLIENTES Y SUS RESPONSABILIDADES

Usted, el cliente, tiene el derecho de lo siguiente:

- Recibir los servicios que están disponibles en Epilepsy Alliance Florida (EAFLA).
- Recibir trato considerado y cortés de parte del personal de la organización.
- Conocer los nombres de todas las personas que le ofrecen tratamiento.
- Rechazar servicios. Si rechaza los servicios, se le dará información sobre los efectos de su rechazo y puede ser necesario que el rechazo se proporcione por escrito, según lo exige la ley.
- Protección de su privacidad y la de los documentos sobre su caso con la excepción de cuando es necesario por ley o para el pago de terceros, por ejemplo, un seguro de salud.
- Recibir una respuesta razonable y de manera oportuna para una solicitud de servicios.
- Esperar que los servicios continúen. Si los servicios se discontinúan, tiene el derecho de saber porque los servicios se han discontinuado.
- Recibir servicios sin distinción o discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, creencia política, orientación sexual, identificación de género, o discapacidad.

Usted, el cliente, tiene las siguientes responsabilidades:

- Seguir las instrucciones.
- Reportar cualquier cambio, sea demográfico o financiero, que puede afectar su elegibilidad para recibir servicios.
- Tratar todos los empleados y otros clientes con respeto y cortesía.
- Asistir a todas sus citas.
- Respetar todas las reglas del local o del proveedor que le está facilitando los servicios.
- Participar en un mínimo de dos (2) grupos de apoyo al año y participar en otras actividades ofrecidas por la organización, a menos que hayan sido dispensados de otra manera.
- Participar y colaborar con la organización en eventos relacionadas con epilepsia.

AGRAVIO DEL CLIENTE O PROCESO DE QUEJA

El Programa de Servicios de Epilepsia (ESP) por sus siglas en inglés, del estado de la Florida y Epilepsy Alliance Florida (EAFLA), por sus siglas en inglés, reconoce que la productividad está directamente relacionada con la satisfacción del cliente. Dado este hecho, es necesario mantener procedimientos en cual los agravamientos de los clientes y sus quejas sobre los servicios, negación de servicios, suspensión de servicios, o terminación de servicios, pueden ser escuchadas. El cliente tiene el derecho de expresar sus preocupaciones con plena confianza que el procedimiento de agravio no va a tener repercusiones negativas. Una vez que un cliente determina que existe un problema que merece la atención de las personas apropiadas dentro de ESP, las siguientes opciones están disponibles.

Procedimiento Informal de Agravio:

Inicialmente, y de forma natural, cualquier queja, malentendido o insatisfacción que surja debe discutirse lo antes posible con un supervisor. La comunicación efectiva entre el cliente y el personal es crucial en este momento.

Si la queja no se resuelve mediante el proceso informal de quejas, el cliente puede optar por presentarlo por escrito utilizando el procedimiento que se describe a continuación.

Procedimiento Formal de Agravio:

1. Paso I: Si el cliente registra su agravio por escrito a un proveedor subcontratista, un supervisor se reunirá con el cliente y los empleados de la organización para discutir el agravio. El supervisor tendrá diez (10) días para registrar una disposición por escrito sobre el agravio como expresado en la reunión dirigido al director(a) ejecutivo(a) de la Fundación.
2. Paso II: Si el cliente, no está satisfecho con la decisión tomada después del paso I, el cliente puede apelar la decisión hacia el/la directora (a) ejecutivo(a) dentro diez (10) días de la disposición. El/La directora(a) ejecutivo(a) se reunirá con el cliente, los empleados envueltos, y el/la supervisor(a) para revisar el agravio y la disposición.
3. Paso III: Si el cliente, no está satisfecho/a con el resultado del paso II, el cliente puede apelar la decisión. La Fundación revisará el agravio con el cliente y el/la directora(a) ejecutivo(a).
4. Paso IV: Cuando no se resuelva el agravio después del paso III, la organización enviará toda documentación del agravio irresoluto al Departamento de Salud. El Departamento de Salud enviará su decisión final, la cual es mandatorio cumplir.

El contenido de los pasos 1 al 4 no debe prevenir a un cliente de discutir cualquier agravio con el/la directora(a) ejecutivo(a) o con el Departamento de Salud del estado de la Florida. Aunque se entiende que hay circunstancias en las cuales el cliente se siente incómodo(a) hablando con ciertos individuos.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

La información médica protegida (PHI) es la información demográfica y médica que se relaciona al pasado, presente, o futuro físico o mental de la salud de un individuo. Información demográfica puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, número de seguro social, y cualquier otra información que lo identifique a usted específicamente. PHI contiene información específica que puede identificar a una persona o puede ser usada para identificar a una persona.

PHI es información sobre la salud creada por o recibida por un proveedor de salud, plan de salud, empleador, o centro de atención e información de salud. Epilepsy Alliance Florida puede actuar como cada uno de estos tipos de negocios. Esta información médica es utilizada por EAFLA de varias maneras al ejecutar las actividades diarias del negocio.

Su PHI puede ser utilizada o revelada por EAFLA a otro proveedor de atención de salud con o sin su consentimiento para propósitos de tratamiento, pago de servicios médicos, para proveer servicios sociales u operaciones de salud.

Su información puede ser utilizada por nuestros empleados con el propósito de mejorar las operaciones de los servicios. EAFLA también puede enviar a usted recordatorios de citas, información sobre opciones de tratamientos, u otros beneficios o servicios que están relacionados con su salud.

Ejemplos de circunstancias en las cuales PHI puede ser divulgada sin autorización escrita del cliente son los siguientes:

- Reportar casos de abuso de niños, adultos, o personas discapacitadas.
- Investigaciones relacionadas a niños que han desaparecido.
- Investigaciones internas y auditorías.
- Investigaciones y auditorías conducidas por agencias del estado, incluyendo el Inspector General, Auditor General, y la Oficina del Legislatura del Programa de Análisis de Póliza y Responsabilidad del Gobierno.

- Para propósitos de salud pública incluyendo estadísticas vitales, el reporte de enfermedades, supervisión de la salud de la población, investigaciones, intervenciones, y las regulaciones de profesionales de la salud.
- Investigaciones del examinador médico del distrito.
- Estudios aprobados por el departamento.
- Ordenes de la corte y/o citaciones.
- Para propósitos de ejecución de la ley, investigaciones administrativas, y procedimientos judiciales y administrativos.

Se solicitará su autorización para usos y divulgaciones que no hayan sido identificados aquí. Esta autorización tendrá una fecha de expiración y podrá ser revocada en cualquier momento por escrito. Estos usos y divulgaciones pueden ser utilizados para mercadeo y propósitos de estudios. Ciertos usos y divulgaciones de notas de los servicios psicológicos también requieren autorización escrita.

DERECHOS DEL INDIVIDUO

Usted tiene el derecho de solicitar que la organización limite el uso y divulgación de su PHI para llevar cabo su tratamiento médico, obtener pagos, y mantener las funciones de su cuidado de salud. Usted también puede limitar la divulgación de su PHI a individuos que participan directamente en el cuidado de su salud. La organización no está obligada a cumplir con estas restricciones.

Usted tiene derecho a que su PHI se mantenga confidencial. La organización se comunicará con usted a través de correo postal o por medio del teléfono para recordarle su cita.

La organización le contactará en la manera y a la dirección o teléfono que usted seleccionó. La organización puede pedir que usted seleccione su preferencia por escrito. Si usted es responsable de un pago por los servicios, puede proveer una dirección de correo adicional a la de su casa y la organización le enviará la información.

Usted tiene el derecho de revisar y recibir una copia de su PHI. La inspección de su PHI supervisada y será coordinada en una hora y lugar designado. El acceso a su PHI puede ser negado si es especificado por ley. Si el acceso es negado, usted tiene derecho a que un profesional del cuidado de la salud con licencia que no haya estado envuelto en la decisión de negar su acceso, revise su PHI. El/La profesional del cuidado de salud con licencia será designado(a) por la organización.

Usted tiene el derecho de corregir su PHI. La solicitud de corregir su PHI tiene que ser por escrito y es necesario proveer una razón por la cual solicita el cambio acompañada de evidencia. La organización puede negar su solicitud, completamente o en parte, si encuentra que el PHI tiene cualquier de los siguientes:

- No fue creada por la organización
- No es PHI
- Por ley, no está disponible para su inspección
- Es precisa y completa

Si la corrección es aceptada, la organización hará el cambio y le informará a los que están envueltos y necesitan saber sobre la corrección. Si la solicitud es negada, usted puede enviar una carta detallando la razón por la cual está en desacuerdo con la decisión. La organización le mandará una respuesta por escrito. Usted también puede presentar una queja, como está descrito en la sección a continuación titulada "Agravios."

Usted tiene el derecho de recibir un sumario de ciertas divulgaciones que la organización puede haber hecho de su PHI. Este sumario no incluye los siguientes:

- Divulgaciones hechas a usted
- Divulgaciones hechas a individuos envueltos con el cuidado de su salud
- Divulgaciones autorizadas por usted
- Divulgaciones hechas con el propósito de completar su tratamiento, pago, u operaciones de su cuidado de salud
- Divulgaciones para la salud de la población
- Divulgaciones para el propósito de regulaciones de profesionales de la salud
- Divulgaciones para reportar abuso de niños, adultos, o personas discapacitadas
- Divulgaciones hechas antes del 14 de abril del 2003

Este sumario no incluye divulgaciones hechas para:

- Propósito de estudios, fuera de los que usted autoriza por escrito
- Respuestas a órdenes judiciales, warrants, o citaciones

Usted puede solicitar un sumario de su PHI que incluya solo un periodo de seis (6) años empezando en la fecha en cual la solicitud fue hecha. Si ha recibido la Noticia de Prácticas de Privacidad electrónicamente, tiene el derecho de recibir una copia escrita de su PHI cuando la pide.

PARA INFORMACION ADICIONAL

Solicitudes para información adicional sobre el material que esta cubierto en este manual pueden ser dirigida a la persona que le entregó el manual, a los directores o administradores de donde recibiste el manual, o al Departamento de Salud Inspector General en 4052 Bald Cypress Way, BIN A03, Tallahassee, FL 32399- 1704; teléfono – 850-245-4141.

RECLAMACIÓN

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede registrar un agravio en EAFLA 7300 North Kendall Drive, Suite 760, Miami, FL 33156; teléfono – 305-670-4949 o gratis al 1-877-553-7453. El agravio debe ser por escrito, incluir los actos de omisión que usted piensa que violaron su privacidad, y estar registrado entre 180 días de cuando usted tomó en cuenta o debe haber tomado en cuenta que el acto de omisión ocurrió. No habrá ninguna represalia contra usted por registrar cualquier agravio por parte de la organización.



MISIÓN

Epilepsy Alliance Florida (EAFLA) se dedica a apoyar a las personas afectadas por la epilepsia a confrontar el espectro de desafíos creados por las convulsiones. EAFLA se estableció en 1971 como una organización 501(c)(3) sin fines de lucro. EAFLA es la agencia principal con programas y servicios patrocinados por el estado de Florida, sirviendo los 500,000 Floridanos que sufren de la condición. EAFLA es miembro de Epilepsy Alliance of America. EAFLA sirve como el principal aliado de los derechos y necesidades de las personas con epilepsia y convulsiones a nivel local, del condado, estatal y nacional.



500,000 personas sufren de epilepsia en todo el estado y **84,000** de ellas son **niños**.



La epilepsia es la cuarta condición neurológica más común después de la migraña, el accidente cerebrovascular y el Alzheimer.



La epilepsia es **más común que** el Parkinson, la esclerosis múltiple, la parálisis cerebral y el autismo combinados.



1 de cada 26 personas en los Estados Unidos desarrollará epilepsia en algún momento de su vida **1 y de cada 10** tendrá una convulsión.

EPILEPSY ALLIANCE FLORIDA



Hoy, el **14 por ciento de los estadounidenses** con epilepsia vive en Florida.



Quando se enfrenta a un diagnóstico tan transformador como la epilepsia, **la intervención temprana es vital** para superar los numerosos obstáculos de la enfermedad.



En estos momentos de crisis, Epilepsy Florida es la **principal fuente de información** para quienes la padecen y sus familias en busca de respuestas y consejos para tratar mejor la epilepsia.



Epilepsy Florida tiene oficinas en **siete ciudades de Florida**, con un alcance extendido en 37 condados.

COMUNIQUESE
CON NOSOTROS
PARA MÁS INFORMACIÓN
LLAME AL 1-877-553-7453



EPILEPSY ALLIANCE FLORIDA TIENE OFICINAS EN
SIETE CIUDADES DE FLORIDA, CON UN ALCANCE
EXTENDIDO EN 37 CONDADOS

MIAMI

7300 N Kendall Drive, Suite 760
Miami, FL 33156
Phone: (305) 670-4949
Fax: (305) 670-0904

BROWARD

512 NE 3rd Avenue, 3rd Floor
Ft. Lauderdale, FL 33301
Phone: (954) 779-1509
Fax: (954) 779-1549

WEST PALM BEACH

801 Northpoint Parkway
West Palm Beach, FL 33407
Phone: (561) 478-6515
Fax: (561) 687-9318

JACKSONVILLE

5209 San Jose Blvd., Suite 102
Jacksonville, FL 32207
Phone: (904) 731-3752
Fax: (904) 730-2329

GAINESVILLE

309 NE 1st Street, Suite 20 & 21
Gainesville, FL 32601
Phone: (352) 378-4324
Fax: (352) 378-4227

PENSACOLA

105 E. Gregory Square, Suite C
Pensacola, FL 32502
Phone: (850) 433-1395
Fax: (850) 433-2006

NAPLES

5450 YMCA Road, Suite 100
Naples, FL 34109
Phone: (239) 778-8316
Fax: (239) 778-8317

MANTENTE CONECTADO



AUSPICIADO POR EPILEPSY FLORIDA Y EL DEPARTAMENTO
DE SALUD DE LA FLORIDA