



## Equipo de apoyo de participación basado en la recuperación (RBEST):

### información del programa

#### ¿Qué es el RBEST?

El equipo de apoyo de participación basado en la recuperación (RBEST) es un programa voluntario y centrado en el cliente que brinda asistencia comunitaria (aprendizaje de campo) y servicios de participación a las personas que tienen una afección de la salud de la conducta. Nuestro objetivo es “activar” y vincular a las personas con el tratamiento apropiado, como los servicios de salud mental ambulatoria, tratamiento para trastornos de consumo de sustancias (SUD) y apoyo integral intensivo. También ayudamos a las familias por medio de grupos de apoyo, psicoeducación y asistencia para conocer el sistema de atención a la salud conductual. Las personas con una derivación deben tener 18 años o más y cumplir uno de estos requisitos:

- Tener una afección de salud conductual.
- Tener antecedentes de incumplimiento o rechazo del tratamiento ambulatorio necesario.
- Usar con frecuencia los servicios de crisis (por ejemplo, centros de atención inmediata de crisis, hospitales psiquiátricos, salas de emergencias) o interactuar continuamente con los servicios de emergencia, lo que resulta en diversas hospitalizaciones o detenciones (arrestos) sin un seguimiento del tratamiento ambulatorio.

#### ¿Qué es la Ley Laura?

Cuando el programa RBEST llega a las personas derivadas para intentar involucrarlas en un tratamiento de forma voluntaria, y la persona continúa rechazando el tratamiento, el programa puede explorar las opciones de tratamiento ambulatorio asistido según lo dispuesto en la Ley Laura con la colaboración de aliados del condado, familiares y otras partes involucradas. Las personas que califican para recibir los servicios según la Ley Laura deben cumplir estos requisitos:

- Tener 18 años o más.
- Tener una enfermedad mental.
- Tener pocas probabilidades de sobrevivir de forma segura en la comunidad sin supervisión o prevenir una recaída/deterioro significativo, lo que causaría una discapacidad grave o daños graves a uno mismo o a los demás.
- Tener antecedentes de incumplimiento del tratamiento de la enfermedad mental, caracterizado por al menos uno de los siguientes:
  - La enfermedad mental de la persona fue, al menos dos veces en los últimos 36 meses, un factor importante por lo que se requiere hospitalización o la prestación de servicios en una unidad forense u otra unidad de salud mental dentro de una correccional estatal o local, sin incluir períodos en los que la persona estuvo hospitalizada o presa inmediatamente antes de la presentación de la solicitud.
  - La enfermedad mental de la persona causó una conducta grave o violenta, o más de una, hacia uno mismo o hacia los demás, o amenazas o intentos de causar daño físico grave a uno mismo o a los demás dentro de los últimos 48 meses, sin incluir períodos en los que la persona estuvo hospitalizada o presa inmediatamente antes de la presentación de la solicitud.
- Es probable que se beneficie de recibir servicios de tratamiento ambulatorio asistido.
- La participación en el programa es la opción de tratamiento menos restrictiva para garantizar la recuperación y la estabilidad de la persona.

#### Cómo presentar la derivación:

envíela por correo electrónico a [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov); llame al (909) 421-9452; envíela por fax al (909) 421-4686; o por correo postal a 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376



## Equipo de apoyo de participación basado en la recuperación (RBEST):

### formulario de derivación

#### ¿Cómo se hace una derivación?

Se aceptan derivaciones por teléfono, correo electrónico, fax y correo postal.

- Llame al número de teléfono: (909) 421-9452
- Envíe el formulario de derivación completo por correo electrónico: [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov)
- Envíe el formulario de derivación completo por fax: (909) 421-4686
- Envíe el formulario de derivación completo por correo postal: San Bernardino County, Department of Behavioral Health – Recovery Based Engagement Support Teams (RBEST), 850 E. Foothill Blvd., Rialto, CA 92376

#### Información sobre la persona que presenta la derivación:

Fecha en que se completó la derivación: \_\_\_\_\_ Persona que la completó: \_\_\_\_\_  
(Nombre completo en letra de imprenta)

- Origen de la derivación:
- Programa del Departamento de Salud Mental (DBH)
  - Familiar, cónyuge o ser querido
  - Adulto que vive con la persona
  - Fuerzas policiales o juez
  - Organización comunitaria/religiosa
  - Centro de salud mental
  - Centro médico
  - Centro residencial (desbloqueado)
  - Por cuenta propia
  - Otro: \_\_\_\_\_

Organización que deriva (si corresponde): \_\_\_\_\_  
(Nombre completo en letra de imprenta)

Persona que deriva (si es diferente de quien completó): \_\_\_\_\_  
(Nombre completo en letra de imprenta)

Relación con la persona derivada: \_\_\_\_\_

Información de contacto: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Dirección de correo electrónico

#### Cómo presentar la derivación:

envíela por correo electrónico a [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov); llame al (909) 421-9452; envíela por fax al (909) 421-4686; o por correo postal a 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376



## Equipo de apoyo de participación basado en la recuperación (RBEST):

### formulario de derivación

#### Información de la persona derivada al programa:

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre completo en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

#### Género:

- Femenino
- Masculino
- Transgénero femenino
- Transgénero masculino
- Otro/no está en la lista: \_\_\_\_\_
- Se niega a responder

#### Raza o etnia (marque todas las opciones que corresponda):

- Afroamericano/negro
- Indígena estadounidense/nativo de Alaska
- Asiático
- Caucásico/blanco
- Latino/hispano
- Nativo de Hawái/de las Islas del Pacífico
- Otro/no está en la lista: \_\_\_\_\_
- Se niega a responder

#### Idioma de preferencia:

- Inglés
- Mandarín
- Español
- Vietnamita
- Otro/no está en la lista: \_\_\_\_\_
- Se niega a responder

Dirección/ubicación de la persona: \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono de la persona: \_\_\_\_\_ Seguro de salud, si se conoce: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono del familiar/cuidador: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está sin hogar?  Sí  No      ¿Es un militar activo o veterano?  Sí  No

#### Motivo de la derivación:

- Incumplimiento del tratamiento
- Conducta extraña
- Ideas suicidas/homicidas
- Trastorno por consumo de sustancias
- Conducta agresiva
- Alucinaciones/delirios

#### Otros antecedentes (exigidos para las derivaciones para cumplimiento de la Ley):

Causó o intentó causar daño físico grave a sí mismo o a otras personas en los últimos 48 meses.

Fechas, si se conocen: \_\_\_\_\_

Dos hospitalizaciones/prestaciones de servicios de salud mental mientras estuvo preso en los últimos 36 meses:

Fechas, si se conocen: \_\_\_\_\_

#### Información adicional:

#### Cómo presentar la derivación:

envíela por correo electrónico a [DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov](mailto:DBHRBEST@dbh.sbcounty.gov); llame al (909) 421-9452;  
envíela por fax al (909) 421-4686; o por correo postal a 850 E. Foothill Blvd, Rialto, CA 92376