



BIENVENIDO

Estamos aquí para ayudarle

Para poder asistirle mejor, le pedimos encarecidamente que responda las siguientes preguntas, junto a los otros cuestionarios en este paquete. Si necesita ayuda, por favor pregunte al personal de recepción o miembro del personal con quien se reúna para la evaluación.

1. ¿Siente en este momento deseos de lastimarse a sí mismo o a otros? Si No
2. ¿Está aquí para completar los servicios de SATOP? Si No

¿Está usted buscando tratamiento de opioides? Si No Si respondió que SI, y está usted en Clinton, Warsaw, Warrensburg, Higginsville, o Sedalia, por favor NO siga completando este formulario e informe al personal de recepción.

Nombre del Cliente: _____ Alias/Nombre de Pila _____

Sexo (al momento de nacer) Femenino Masculino Desconocido Fecha de Nacimiento: _____

¿Cómo fué usted referido a Compass Health Network? _____

Número de Seguro Social del Cliente: _____ (requerido para Medicaid u otros programas con fondos estatales)

Dirección del cliente: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dirección de Correo (si es diferente) _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Condado: _____ País de Residencia, si no es Estados Unidos: _____

Número Telefónico del cliente: _____ Número de celular del cliente: _____

Número del Trabajo del cliente: _____ Correo Electrónico del Cliente: _____

¿Le podemos contactar ? Si No

¿cuál es el medio de comunicación de su preferencia? Correo Electrónico Teléfono Casa Celular Teléfono trabajo Texto

¿Le podemos dejar mensajes de voz? (marque todos los números que sean apropiados)

Teléfono Casa Celular Teléfono Trabajo

Idioma Principal: _____ Idioma de preferencia: _____

Raza del Cliente: (marque todas las que aplican)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afroamericana o negra | <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana |
| <input type="checkbox"/> India-americana o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra asiática |
| <input type="checkbox"/> India asiática | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Guamaniana o Chamorro | <input type="checkbox"/> Blanca o caucásica |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Declina |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |

Origen Étnico:

- Declina
- Origen hispano: Cubano
- Origen hispano: Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a
- Origen hispano: Puertorriqueño
- Origen hispano: Otro _____
- No de origen hispano

¿Ha experimentado algún tipo de desamparo (falta de vivienda) en el último año?

- No
- Albergue
- Allegado (vive con otros, "en un sofá")
- Hogar de transición (unidad pequeña de transición desde un albergue)
- Vive en la calle (vehículo, intemperie, o campamento)
- Otro (reside en un hotel/motel)
- Se desconoce

Estado laboral:

- Empleado Tiempo Completo (35+ hrs/semana)
- Medio Tiempo (<35 hrs/semana)
- Deshabilitado
- Ama/o de casa
- Recluso
- Otro
- Pre-Escolar
- Jubilado
- Estudiante
- Recibe apoyo para buscar empleo
- Empleo estacional
- Busca empleo
- Taller albergue
- Empleo asistido
- Desempleado
- Cesante (despedido)

Ocupación: _____**Estado marital:**

- Ley común
- Divorciado
- Vivo como casado
- Convivencia
- Casado
- Nunca casado
- Vuelto a casar
- Separado
- Viudo

Grado más alto de educación cursado: _____**Estado auditivo:**

- Sordo
- Dificultad para escuchar
- Normal
- Desconoce

Identidad de Género : (no se requiere para pacientes menores de 18 años)

- Declina contestar
- Femenino
- Masculino
- No binario
- Otro
- Transexual (de femenino a masculino)
- Transexual (de masculino a femenino)
- Se desconoce

Orientación Sexual:

- Asexual
- Bisexual
- Declina contestar
- Lesbiana, gay u homosexual
- Otro
- Pansexual
- Queer (raro)
- Se lo pregunta
- heterosexual
- Se desconoce

Pronombres de Preferencia:

- Ella, Suya, Suyas
- El, Su, Sus
- Ellos, Ellos, de Ellos
- Otro, por favor describa _____

Uso de Tabaco

- Uso diario de productos de tabaco
- Nunca ha usado productos de tabaco
- Usa productos de tabaco ocasionalmente
- Usaba tabaco anteriormente, no ha usado en los últimos 90 días
- Desconoce

¿Está planeando dejar la nicotina/tabaco?

- Si, estoy actualmente tratando de dejarlo
- Si, planeo dejarlo hoy
- Si, planeo dejarlo dentro de los próximos 30 días
- Si, planeo dejarlo dentro de los próximos 6 meses
- No estoy seguro
- No, no estoy planeando dejarlo por ahora
- NA - lo dejó anteriormente

Arreglo de Vivienda

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 18+ y solo | <input type="checkbox"/> 18+ con transición | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años y sin hogar |
| <input type="checkbox"/> 18+ y sin hogar | <input type="checkbox"/> 18+ con persona no relacionada | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con vida independiente |
| <input type="checkbox"/> 18+ en albergue | <input type="checkbox"/> 18+ solo con cónyuge | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con otros familiares |
| <input type="checkbox"/> 18+ en la cárcel/centro correccional | <input type="checkbox"/> CSTAR Residencial | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con otro |
| <input type="checkbox"/> 18+ en hogar de acogida para adultos | <input type="checkbox"/> CSTAR Vivienda con apoyo | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con centro de atención privada |
| <input type="checkbox"/> 18+ con familia | <input type="checkbox"/> Oxford House | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con centro de atención pública |
| <input type="checkbox"/> 18+ en ancianato | <input type="checkbox"/> Centro de atención residencial | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con padre soltero |
| <input type="checkbox"/> 18+ con otro | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con ambos padres | <input type="checkbox"/> Menor de 18 años con padre/padrastro |
| <input type="checkbox"/> 18+ con padre/hermanos | <input type="checkbox"/> Menor de 18 en hogar de acogida | <input type="checkbox"/> Se niega a responder |

Estado de Trabajador Migratorio

¿Es usted o un miembro de su familia un trabajador agricultor migrante, o lo ha sido? Si No

Servicios Militares

¿Cuál es su Servicio Militar? Miembro Activo, Reserva/Guardia Veterano N/A

¿Tiene algún ser querido que es miembro de servicio o veterano? Si No

¿Ha usted o un miembro de su familia servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si No

Rama: _____ Fechas/De y Hasta: _____

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si No

¿Está usted sirviendo actualmente en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Si No

¿Está usted actualmente sirviendo en la Guardia Nacional?

Si No

¿Está el miembro de su familia actualmente sirviendo en la Guardia Nacional?

Si No

¿Está el miembro de su familia actualmente en servicio activo federal?

Si No

¿ Es el paciente su propio guardián Si No

Si es no, complete la table a continuación. Si es Si, vaya directamente a la sección de Contacto de Emergencia

Padre/Guardián(s)

Padre/Guardián 1

Padre/Guardián 2

Nombre:

Relación:

Dirección:

Número Telefónico:

Nombre de su Contacto de Emergencia: _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente _____

Dirección: _____

Número Telefónico: _____

Ingreso Anual Familiar: \$ _____ Número de personas en su Hogar: _____

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO AL PERSONAL DE RECEPCION

Seguro: _____

Información del asegurado - Si es otra persona, no el paciente

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento _____ Número Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino

Relación con el Paciente: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

Número Telefónico Principal: _____ Número Telefónico Alternativo: _____

Preocupaciones Actuales:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rabia | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas de relaciones | <input type="checkbox"/> Asuntos de empleo | <input type="checkbox"/> Asuntos familiares |
| <input type="checkbox"/> Asuntos financieros | <input type="checkbox"/> Adicción al juego | <input type="checkbox"/> Asuntos de vivienda | <input type="checkbox"/> Asuntos de crianza |
| <input type="checkbox"/> Mal uso de Internet | <input type="checkbox"/> Asuntos legales | <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="checkbox"/> TEPT |
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Baja de calificaciones |
| <input type="checkbox"/> Duelo/Pérdida | <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Está usted conforme con sus patrones de alimentación? Si No

¿Usted come algunas veces a escondidas? Si No

¿Desea que Compass Health colabore (intercambiando archivos) con su proveedor de cuidados primarios? Si No

MINI EVALUACIÓN DE SALUD		
¿Tiene usted un médico de cabecera/pediatra? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre del Médico: _____ Número Telefónico del Médico: _____ Dirección de su Médico: _____		
¿Ha tenido un examen físico en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene un dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha visitado un dentista el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Usted o algún miembro cercano de su familia (padres/abuelos) ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones médicas?		
	Yo	Padres/Abuelos
Diabetes/Pre-Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hiperlipidemia (colesterol alto)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipertensión (Presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardiovascular (corazón)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Usted usa tabaco o productos con nicotina (Vapor, Juul, cigarrillos, cigarros (puros), mastica tabaco, etc.)? <input type="checkbox"/> Uso diario <input type="checkbox"/> Nunca ha usado <input type="checkbox"/> Uso ocasional <input type="checkbox"/> Uso anterior, sin uso en los últimos 90 días <input type="checkbox"/> Desconocido		
¿Usted ha recibido en el pasado tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha recibido tratamiento de salud mental o para abuso de sustancias en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contestó Si, por favor explique: _____		
¿Actualmente está recibiendo tratamiento de salud mental de otra agencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿qué agencia y con qué propósito? _____		
¿Ha estado hospitalizado o ha ido al departamento de emergencia en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Razones psiquiátricas _____ Razones médicas _____		
¿Está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Si es así, ¿está recibiendo cuidados prenatales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, nombre del proveedor médico o clínica _____		

¿Cuántas veces en el último año usted ha bebido?

Hombres- 5 o más tragos por día

Mujeres o cualquier adulto mayor de 65 años- 4 o más tragos por día

- 0-1 veces
- 2-3 veces
- 4-5 veces
- 6+ veces

Por favor, enumere todos los medicamentos recetados que está tomando _____

Por favor marque a continuación cualquiera de estos medicamentos con prescripción está tomando:

- Medicamentos para el dolor
- Medicamentos para la ansiedad
- Relajantes musculares

Por favor, liste todos los medicamentos prescritos que está tomando _____

Por favor marque cualquiera de medicamentos a continuación que esté tomando

- Medicamentos para el dolor
- Medicamentos para la Ansiedad
- Relajantes Musculares

Por favor liste todos los medicamentos que esté tomando sin receta sin prescripción médica

ACCESS TO CARE - ADULT

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

PHQ-9

Durante <u>las últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1.	Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2.	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3.	Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4.	Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5.	Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6.	Se ha sentido mal con usted mismo(a)-o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7.	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8.	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario-muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9.	Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

PHQ9 SCORE:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil
 Un poco difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

¿Hice planes de terminar con mi vida en las últimas 2 semanas? Si No

ACCESS TO CARE - YOUTH

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

PHQ-A (Ages 11-17)

Instrucciones: En los últimos 7 días, ¿qué tan a menudo te has sentido afectado por cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma, escribe una "X" en el casillero debajo de la respuesta que mejor describa como te has estado sintiendo.		Nunca 0	Varios días 1	Mas de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1.	¿Te sientes desanimado, deprimido, irritado o sin esperanza?				
2.	¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?				
3.	¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido o duermes demasiado?				
4.	¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?				
5.	¿Te sientes cansado o con poca energía?				
6.	¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia?				
7.	¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?				
8.	¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? O de lo contrario, ¿estas tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado?				
9.	¿Piensas que sería mejor estar muerto o que quieras hacerte daño?				

CAGE-AID Questionario para descarte de Abuso De Sustancias

1. Alguna vez ha sentido que tiene que disminuir el consumo de alcohol o Drogas?

SI NO

2. Se molesta cuando las personas critican su manera de beber o de drogarse?

SI NO

3. Alguna vez se ha sentido culpable por su consumo de alcohol o drogas?

SI NO

4. Alguna vez ha bebido alcohol o consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o para evitar la resaca? (Apenas abre los ojos)

SI NO

Puntuación: Las preguntas respondidas en el cuestionario CAGE se califican con 0 si responde "no" y 1 si responde "si", una puntuación alta es indicativo de problemas con el alcohol. Una puntuación de dos o mas alta es considerada clinicamente como significativa.

CAGE está basado en cuatro preguntas: disminución, molestia, culpabilidad y consumo a primera hora de la mañana.

ACCESS TO CARE - ADULT

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

PHQ-9

Durante <u>las últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1.	Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2.	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3.	Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4.	Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5.	Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6.	Se ha sentido mal con usted mismo(a)-o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7.	Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8.	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario-muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9.	Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

PHQ9 SCORE:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil
 Un poco difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

¿Hice planes de terminar con mi vida en las últimas 2 semanas? Si No

ACCESS TO CARE - YOUTH

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

PHQ-A (Ages 11-17)

Instrucciones: En los últimos 7 días, ¿qué tan a menudo te has sentido afectado por cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma, escribe una "X" en el casillero debajo de la respuesta que mejor describa como te has estado sintiendo.		Nunca 0	Varios días 1	Mas de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1.	¿Te sientes desanimado, deprimido, irritado o sin esperanza?				
2.	¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?				
3.	¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido o duermes demasiado?				
4.	¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?				
5.	¿Te sientes cansado o con poca energía?				
6.	¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia?				
7.	¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?				
8.	¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? O de lo contrario, ¿estas tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado?				
9.	¿Piensas que sería mejor estar muerto o que quieres hacerte daño?				

CAGE-AID Questionario para descarte de Abuso De Sustancias

1. Alguna vez ha sentido que tiene que disminuir el consumo de alcohol o Drogas?

SI NO

2. Se molesta cuando las personas critican su manera de beber o de drogarse?

SI NO

3. Alguna vez se ha sentido culpable por su consumo de alcohol o drogas?

SI NO

4. Alguna vez ha bebido alcohol o consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o para evitar la resaca? (Apenas abre los ojos)

SI NO

Puntuación: Las preguntas respondidas en el cuestionario CAGE se califican con 0 si responde "no" y 1 si responde "si", una puntuación alta es indicativo de problemas con el alcohol. Una puntuación de dos o mas alta es considerada clinicamente como significativa.

CAGE está basado en cuatro preguntas: disminución, molestia, culpabilidad y consumo a primera hora de la mañana.

Consentimiento para Tratamiento

Nombre del Cliente:	#ID del Cliente :	Fecha de Nacimiento:
Episodio:	Fecha de Admisión:	Fecha:

CLIENTES QUE ESTEN EXPERIMENTANDO UNA CRISIS PUEDEN CONTACTAR A NUESTRA LINEA DIRECTA DE CRISIS EN CUALQUIER MOMENTO

Línea de Crisis# 1-888-237-4567 (O Llame al 988)

CONFIDENCIALIDAD

Yo admito, al firmar este documento, que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Compass Health Network. Yo entiendo que, si tengo cualquier pregunta a cerca de confidencialidad, puedo contactar al Oficial de Privacidad al (660)885-8131.

CONDICIONES DE TRATAMIENTOS

Yo entiendo que es mi responsabilidad llamar al número de la línea de crisis de 24-horas si considerara lesionar a alguien o a mi mismo. Entiendo que estoy siendo visto por médico de compass Health Network para mis medicamentos, puede que ésto requiera que reciba servicios con un terapeuta/trabajador social como parte de mi tratamiento. La incapacidad de respetar los requerimientos del médico podría resultar en el cese de futuros servicios de medicamento.

Yo me comprometo a seguir las instrucciones de mi terapeuta/médico o a notificarles si decido no hacerlo. Esto incluye tomar los medicamentos como son prescritos. Incapacidad de cumplir con el tratamiento acordado mutuamente, puede resultar en la terminación de cuidados.

Yo entiendo que debo llamar cuatro (4) días hábiles antes de que se me acaben los medicamentos para solicitar relleno de éstos. Solicitudes telefónicas de rellenos de medicamentos no serán proveídas a aquellos que falten a sus citas, excepto emergencias.

Entiendo que mi caso será cerrado si no hay servicios prestados durante 60 días o más, a menos que haya acordado con mi terapeuta recibir cuidado menos frecuente. Además, entiendo que puedo reabrir mi caso en cualquier momento.

Yo entiendo que, si reiteradamente, no notifico a esta oficina que no asistiré a mi cita (con por lo menos 24 horas de anterioridad), podría estar sujeto a la terminación de mis servicios y/o pérdida de privilegios para hacer citas en horarios específicos.

POLITICA DE CITAS

Con el propósito de Compass Health Network de hacer uso efectivo del personal encargado de servicios ambulatorios, la siguiente política será estrictamente ejercida:

Entiendo que debo llamar a las oficinas de Compass Health con al menos 24 horas de anterioridad para cancelar la cita en donde recibo servicios, en el caso de no poder asistir, de otra manera, las cancelaciones serán vistas como inasistencias. En caso de una situación de emergencia, se me requerirá que llame para dar aviso tan pronto como me sea posible.

Entiendo que luego de la primera inasistencia, todas las citas apuntadas posteriormente con el terapeuta/psiquiatra serán canceladas por nuestro personal (habiendo consultado con el proveedor). Para poder apuntar una nueva cita, tendé que contactar a mi trabajador social o personal de asistencia para determinar que día podrán incorporarme al horario.

Entiendo que es considerada una inasistencia cuando las Oficinas de Compass Health Network no han sido notificadas de esta cancelación con al menos 24 horas de aviso.

Entiendo que dos inasistencias con el proveedor de psiquiatría dentro de un período de doce meses resultará en el envío de una carta de advertencia. si recibo una tercera inasistencia en un período de doce meses, ya no se me permitirá hacer citas con ningún proveedor psiquiátrico de Compass Health Network y tendré que sentarme a esperar hasta que puedan incorporarme en el horario de un proveedor psiquiátrico.

CARGOS POR SERVICIOS

Entiendo que podría haber un cargo por mis servicios y el pago de estos es requerido al momento de prestar tal servicio.

Entiendo que los medicamentos financiados por el estado están disponibles sólo a quienes califican tanto clínica, como financieramente.

Entiendo que si fallo en pagar por servicios prestados, no solo mis servicios podrían ser cancelados, sino también toda la información de cobro, incluyendo nombre dirección, lugar de empleo, fecha de servicio(s) recibido(s), etc., podría ser entregada a profesionales de agencias de cobro para que pueda ser usada en sus procesos de colección de deudas. Además, entiendo que, si mi cuenta es sometida a cobro, seré responsable por los cargos de tarifa de la agencia de cobros y cualquier costo asociado a Corte o abogado.

ASIGNACION DE BENEFICIOS DE SEGURO Y LIBERACION

Por medio de ésta, autorizo a que mis beneficios de seguro sean directamente pagados a Compass Health Network y reconozco mi responsabilidad por el pago de todos los servicios no-cubiertos, incluyendo cualquier costo adicional asociado con el cobro o colección de estas cantidades. También autorizo a Compass Health Network a liberar cualquier toda información en relación a datos de preadmisión, evaluaciones, diagnósticos, pronósticos y tratamiento de enfermedades físicas o emocionales, incluyendo tratamiento de alcoholismo o adicción a drogas, a cualquiera o todas mis compañías aseguradoras o sus representantes legales para pólizas que tengo vigentes durante las fechas de mis tratamientos, cualquier divulgación de ésta será limitada a la información que es razonablemente necesaria para el cumplimiento obligatorio legal o contractual con compañías aseguradoras.

Entiendo que la información obtenida para el uso de esta autorización será utilizada por parte de las organizaciones de revisión de uso para determinar estado de continua elegibilidad bajo un episodio de cuidado existente.

EXENCION DE RESPONSABILIDAD EN DIVULGACION DE INFORMACION AUTORIZADA

Estoy consciente que esta autorización constituye una renuncia a todo reclamo contra Compass Health Network, sus agentes, funcionarios o empleados, como resultado de su cumplimiento con esta autorización, y que Compass Health Network o cualquiera de sus agentes, funcionarios o empleados no tendrán responsabilidad alguna por acciones de parte de los receptores de esta información con respecto a registros mencionados, luego que éstos se hayan hecho disponibles, tal como he pedido y autorizado.

DERECHOS DEL CLIENTE Y PROCEDIMIENTO DE QUEJA

He recibido una declaración de mis derechos como cliente de Compass Health Network, incluyendo procedimientos de queja apropiados si estuviera inconforme con cualquiera de las políticas y procedimientos o mi tratamiento en esta organización.

Usted tiene los siguientes derechos y privilegios:

- 1.- A recibir una pronta evaluación, cuidado y tratamiento;
- 2.- A recibir estos servicios en el entorno menos restrictivo posible;
- 3.- A recibir estos servicios en un entorno limpio y seguro;

- 4.- A que no se me niegue admisión o servicios debido a raza, género, preferencia sexual, estado marital, nacionalidad de origen, discapacidad o edad;
- 5.- A confidencialidad, de información y registros en conformidad con las regulaciones y leyes estatales y federales;
- 6.- A ser tratado con dignidad, que se dirijan a mí con respeto, y de una forma adecuada a mi edad;
- 7.- A ser libre de abuso, descuido, castigo físico y otras formas de maltrato, como humillación, amenazas o explotación;
- 8.- A ser sujeto de un experimento o investigación sólo con mi informado consentimiento escrito, o el consentimiento de una persona legalmente autorizada a actuar.;
- 9.- A cuidado médico y tratamiento de acuerdo con los estándares más altos aceptados en la práctica médica que permitan las facilidades, equipamiento y personal disponible;
- 10.- A rechazar tratamiento, a no ser que sea ordenado por la Corte o autorizado por mi guadian, excepto en caso de emergencia;
- 11.- A consultar con un especialista privado por mi cuenta.

DERECHOS LIMITADOS

- 1.- A tener acceso a su expediente, excepto en casos especiales que podrían ser determinados por el Director Clínico. 2.- a ser libre de contención física o química o aislamiento.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJA

Todo cliente puede dirigir sus quejas al consejero/Terapeuta, Trabajadores Sociales, el Director de ese programa o un oficial CQI. El Director del programa o el Oficial CQI hará las declaraciones de estos agravios. Si usted está descontento con la declaración, usted puede someter un reclamo por escrito para que sea discutido en la sesión ejecutiva de la próxima reunión del Consejo Directivo agendada. El Consejo hará la declaración final. Las quejas pueden también ser hechas por escrito a: Client Rights Monitor, Department of Behavioral Health, P.O. Box 687, Jefferson City, Missouri 65102. Fono: 1-800-364-9687.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Entiendo todas las declaraciones anteriores y me adheriré a estas políticas durante mis servicios con Compass Health Network. Yo estoy solicitando los servicios de Compass Health Network y estoy de acuerdo con ser contactado por un representante de esta facilidad durante o después de mis servicios, para comprobar los resultados de mi tratamiento y mi satisfacción con los servicios que recibí a través de Compass Health Network.

Entiendo que Compass Health Network sirve como un lugar de entrenamiento clínico para profesionales de la salud mental con títulos superiores que aún no han obtenido su licencia completa. En algunos casos, estos individuos podrían ser parte del cuidado que recibo, y mi participación está cuidadosamente monitoreada y supervisada por un profesional completamente licenciado. Yo tengo derecho a rechazar la participación de estos individuos en mi cuidado informando en el mesón de recepción al personal de admisión acerca de mi decisión. Compass Health Network considera el entrenamiento de los profesionales del futuro una importante misión, como así mismo el proveerme servicios de cuidados médicos de calidad.

Nombre del Guardián:	
Nombre del Testigo:	
Firma y Credenciales:	Fecha:



Compass Health
Network

Consentimiento para Servicios Telehealth

Nombre del Cliente _____ MRN _____ Fecha _____

Para servir a las necesidades de personas en la comunidad/hospital, servicios de cuidados de salud están ahora disponibles por medio de comunicación interactiva de video y/o transmisión de información electrónica. Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo, y tratamiento de un número de problemas de cuidados de salud. Este proceso se conoce con el nombre de "telemedicina" o "telesalud". Esto significa que usted puede ser evaluado y tratado por un proveedor de salud desde una localidad distante. Como esto puede ser diferente al tipo de tratamiento que usted conoce, es importante que revise cuidadosamente y comprenda lo siguiente.

1. Yo entiendo que mi proveedor de salud en Compass Health Network recomienda que reciba tratamiento de telemedicina.
2. Entiendo que el proveedor estará en una locación diferente a la mía. Un proveedor de salud adicional puede estar presente conmigo en la habitación para asistir con el tratamiento.
3. Seré informado si algún personal adicional estará presente conmigo en la habitación o en la habitación en la cual se encuentra el proveedor ofreciendo los servicios de telesalud. Daré mi autorización verbal antes de la entrada del personal adicional, y puedo excluir a cualquier persona de estar presente en cualquier momento durante la consulta.
4. Entiendo que tengo la opción de declinar servicios de telesalud en cualquier momento y sin afectar mi derecho a futuro cuidado o tratamiento y, si aplica, sin arriesgar la pérdida o renuncia de mi participación en el programa de MO HealthNet.
5. Entiendo que hay alternativas al tratamiento con servicios telesalud. Yo podría tener la opción de viajar a ver al proveedor, o puedo declinar ver al proveedor. Compass me ha explicado completamente las alternativas.
6. Entiendo que tengo el derecho a acceder a mi historial médico, exámenes, rayos-X, estudios, fotografías u otras imágenes ("mi información médica") relacionadas con este tratamiento.
7. Si aplica, el proveedor puede almacenar o retener mi información medica para cumplir con cualquier requerimiento de retención por parte del estado o federal, pero no puede almacenar o guardar mi información médica mas allá de estos límites sin mi autorización por escrito.
8. Entiendo que tengo el derecho de ser informado y de objetar grabación de video o por otro medio de este tratamiento.

Reconozco que Compass me ha explicado el servicio de tratamiento por telesalud de una forma satisfactoria y que todas las preguntas que he hecho acerca de servicios de tratamiento por telesalud me han sido respondidas de manera satisfactoria para mi o mi representante. Entiendo lo anterior y consiento a servicios de telesalud descritos anteriormente.

Firma del Cliente _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Consentimiento para Recibir Mensajes de Texto

- 1.) Por medio de la presente, y para servirme mejor, autorizo a Compass Health a contactarme via Mensaje de Texto. Compass me enviará mensajes por medio de las opciones que he escogido a continuación.
Mensajes de texto para Recordar Citas proveerán información acerca de citas agendadas y, además de su tratamiento actual los mensajes de texto de Cuidado de Contacto son a para ofrecerle cuidado y esperanza extra mientras usted trabaja en su proceso de recuperación.
- 2.) Yo entiendo que podría haber costos asociados a los mensajes/data por los mensajes que recibo en mi teléfono celular.
- 3.) Yo entiendo que no estoy bajo ninguna obligación de autorizar a los Sistemas de Compass Health a enviarme mensajes de texto.
- 4.) Este consentimiento es válido por un año, a no ser que desee revocarlo. En cualquier momento, puedo contactar a las Oficinas de Gestiones de Información de Compass Health para revocar u optar por no recibir estas comunicaciones por parte de Compass Health.
- 5.) Es importante recordar que las comunicaciones por texto no son siempre seguras. Los mensajes de texto pueden ser interceptados y, por esta razón, no comunicamos información de salud personal por este medio.

Yo acepto recibir mensajes de texto. Número de Celular del Cliente: _____
 Si No

Tipos de Mensaje

Mensajes recordatorios de citas

Mensajes de Contacto de Cuidado

- 6.) Doy mi consentimiento para participar en encuestas de Compass Health. Estas encuestas pueden incluir preguntas relacionadas con mi tratamiento o servicios rendidos. Yo entiendo que en cualquier momento puedo optar por no participar de estas encuestas contactando a mi oficina local.

Estoy de acuerdo con recibir Encuestas de Compass Health Network.

Si No

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre o Guardián (si aplica)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Compass Health Network
Política Financiera
Bienvenido

Gracias por escoger Compass Health Network. Estamos comprometidos a proveerle con los mejores cuidados posibles. Es importante que comprenda claramente nuestra política financiera. Hemos proveído la siguiente información para ayudarle a entender su responsabilidad financiera por los servicios recibidos:

Si usted tiene....	Usted es responsable de...
Seguro Comercial o Medicare HMO con el cual nosotros tenemos contrato	<i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por el plan:</i> Se le pedirá que haga el pago completo al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no cancela al momento de la visita. *
	<i>Si usted tiene un seguro comercial primario y además otro secundario o Medicaid:</i> No es necesario el pago de ningún monto al momento de su visita.
	<i>Si usted tiene Seguro comercial primario, pero no tiene un Seguro secundario:</i> Cualquier copago necesario, co-seguro, y deducibles serán solicitados al momento de su visita en nuestras oficinas.
Medicare	<i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por Medicare:</i> Se le pedirá que haga el pago por el monto total al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no sea cancelada al momento de su visita. *
	Si usted tiene Medicare Regular, y aún no completa los \$100 de su deducible, le pedimos que pague al momento de rendirle el servicio.
	<i>Si usted tiene Medicare como seguro primario y tiene un Seguro secundario o Medigap o Medicaid:</i> No será necesario pago alguno al momento de su visita.
	<i>Si usted tiene Medicare como seguro primario, pero no tiene un seguro secundario:</i> Se le cobrará un 20% de su co-seguro al momento de su visita.
Medicaid o Managed Care Medicaid	<i>Si los servicios que usted recibe no están cubiertos por Medicaid:</i> El pago completo será solicitado al momento de su visita. Se le enviará una cuenta por el monto de la deuda que no haya sido pagada al momento de su visita.*
	<i>Si usted recibe Gastos reducidos de Medicaid (Medicaid Spend Down):</i> Pago por los servicios prestados serán solicitados al momento de su visita hasta que la Reducción de Gastos (Spend Down) haya sido completada. No será necesario hacer pago alguno una vez que alcance la Reducción de Gastos (Spend Down) en su totalidad.
	<i>Si usted tiene Medicaid sin Gastos de Reducción (Spend Down):</i> No será necesario pago alguno al momento de su visita.
Seguro comercial o Medicare HMO – Sin	El pago será solicitado en su totalidad al momento de rendirle el servicio. Nosotros podemos proveerle la información necesaria para que usted

contrato con Compass	haga un reclamo de reembolso directamente con su compañía aseguradora.
No tiene Seguro	Pago en su totalidad será solicitado al momento del servicio. * Por favor pídale al personal de recepción información acerca de cómo aplicar para Medicaid, CHIP, asistencia financiera, escala de valores o fondos del Departamento de Salud Mental.

* Compass Health Network ofrece una escala de valores con precios reducidos que está basada en sus ingresos y el número de personas en el núcleo familiar para la cual usted podría calificar.

_____ (Iniciales del paciente/guardián) Reconozco y entiendo la política financiera anterior.



Nombre: _____ **Fecha de Nac.:** _____

Seguro

Antes de su visita, contacte a su compañía aseguradora para verificar que Compass Network es un participante de su plan y que tanto los servicios que usted pretende recibir, como el proveedor de dichos servicios están cubiertos. No todos los servicios o proveedores están cubiertos por todas las pólizas. Aquellos servicios que no son cubiertos por su plan de seguro serán responsabilidad propia.

Para que nosotros podamos hacer una solicitud un reembolso, usted debe presentar una copia VIGENTE de su tarjeta de seguro al momento de cada visita y comunicar cambios en su información personal.

Información requerida al registrarse para cada visita.

- Verificación de la información de contacto personal
- Copia vigente de la tarjeta de su seguro
- Pago de cualquier saldo pendiente
- Pago por la visita de Hoy

El pago puede ser hecho en efectivo, cheque o tarjeta, a no ser que el servicio sea prestado en el área escolar, en tal caso será necesario que se dirija a nuestra oficina más cercana para hacer el pago.

Laboratorios y Prescripciones

Los exámenes de laboratorio o prescripciones ordenadas por el médico no están cubiertas por esta política financiera y su responsabilidad financiera dependerán del laboratorio o farmacia.

Yo he leído, comprendido, y estoy de acuerdo con la Declaración Financiera anterior. Yo entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía aseguradora, como así mismo los copagos, co-seguros y deducibles serán mi responsabilidad.

Firma del Cliente o Guardián

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Evaluación Inicial de Open Access Aviso de Costo al Cliente

Durante la visita a Open Access, un proveedor de Compass Health llevará a cabo una evaluación para que el cliente ayude a identificar qué servicios pudiera necesitar. El cliente podría recibir un cargo por esta evaluación en base a lo siguiente:

Categoría	Nivel de Ingreso	Monto a Pagar
Medicaid o Población Prioritaria	n/a	Sin cargo (\$0) o monto de acuerdo con SMT (el que sea mayor)
Seguro – Si es un servicio cubierto	n/a	Cargo de acuerdo con la póliza/plan de Seguro
Sin cobertura de Seguro para este servicio y/o proveedor Y un ingreso no mayor del 100% del nivel federal de pobreza **Nota: debe completar paquete de asistencia financiera y proveer toda documentación requerida.	Núcleo Familiar: 1 – Ingreso Anual de hasta \$15,060 2 – Ingreso Anual de hasta \$20,440 3 – Ingreso Anual de hasta \$25,820 4 – Ingreso Anual de hasta \$31,200 5 – Ingreso Anual de hasta \$36,580 6 – Ingreso Anual de hasta \$41,960 7 – Ingreso Anual de hasta \$47,340 8 – Ingreso Anual de hasta \$52,720 Por cada persona adicional sumar \$5,380	Sin Cargo (\$0)
Sin cobertura de Seguro para este servicio y/o proveedor Y Un Ingreso superior al 100% pero menor del 200% del nivel federal de pobreza **Nota: debe completar paquete de asistencia financiera y proveer toda documentación requerida.	Núcleo Familiar: 1 – Ingreso Anual de hasta \$30,120 2 – Ingreso Anual de hasta \$40,880 3 – Ingreso Anual de hasta \$51,640 4 – Ingreso Anual de hasta \$73,160 5 – Ingreso Anual de hasta \$83,920 6 – Ingreso Anual de hasta \$80,560 7 – Ingreso Anual de hasta \$94,980 – Ingreso Anual de hasta \$105,440 Por cada persona adicional sumar \$10,760	\$5 Monto a pagar
Sin cobertura de Seguro para este servicio y/o proveedor y Ingreso superior al 200% del nivel federal de pobreza	Ingreso Anual superior a la cantidad anterior	\$25 Monto a pagar si lo hace el mismo día \$300 Monto a pagar si no lo hace el mismo día

Si el cliente ve al personal clínico de open access, pero la evaluación no se lleva a cabo debido a que el cliente no necesita servicios, no se hará ningún cargo al cliente.

Si el cliente recibe servicios adicionales ese mismo día, puede que se apliquen cargos adicionales

 Firma del Cliente o Guardián

 Date

Formulario de Consentimiento y Autorización HIE

¿Para quién es este formulario?

Es para aquellos pacientes que quieren pertenecer a la red de información de salud Velatura.

¿A qué está dando consentimiento al firmar este formulario?

- A que se le permita a sus proveedores de salud compartir electrónicamente sus archivos médicos, a través de sus computadores para poder servirle mejor.
- Reconociendo que usted ha recibido información a cerca de compartir sus archivos médicos a través de la red de Velatura.

Por favor lea los párrafos a continuación.

(Si usted es el representante legal de un paciente, "yo," o "mi" se refiere al Paciente)

Al firmar este documento, entiendo que estoy de acuerdo con que Velatura y los proveedores de cuidados de salud que participan en la Red de Velatura:

1. Compartan mis datos de salud con proveedores que me están tratando.
2. Serán capaces de ver todos mis archivos de salud, tanto previos como posteriores a la fecha de hoy.
3. Pueden usar o compartir mis datos de salud, pero sólo tal y como lo permiten las leyes federales y estatales. Esto es también así para mis archivos de salud en papel.
4. Pueden compartir *todos* mis archivos de salud con proveedores que me estén tratando; esto incluye, pero no se limita a:
 - enfermedades o lesiones (como diabetes o fractura)
 - resultados de estudios (como Rayos-X o estudios de sangre)
 - medicamentos que estoy tomando o he tomadoEsto también puede incluir pero no se limita a datos delicados:
 - Problemas de abuso de alcohol o sustancias
 - Enfermedades o estudios genéticos (Hereditarios)
 - VIH/SIDA
 - Salud mental y discapacidades de desarrollo
 - Información de planificación familiar (incluyendo abortos)
 - Enfermedades de transmisión sexual
 - Lesiones a la cabeza y a la médula espinal
5. Pueden copiar o incluir mis datos de salud en sus propios archivos médicos mientras me estén prestando servicios. Incluso, si más tarde cancelo mi consentimiento, proveedores que han copiado mis archivos no se verán obligados a removerlos. Esta es la ley vigente.
6. Existen penalidades rigentes si es que alguien comparte mis archivos de forma inadecuada.
7. Velatura mantendrá registros de quiénes han visto mis archivos médicos para asegurar que estén protegidos. Yo puedo pedirle a mi doctor o a Velatura que me dé una lista de todos quienes han visto mis archivos. Lista Actualizada de Proveedores: www.mhc-hie.org

¿Qué es Velatura?

Velatura es una red de información médica para el Medio Oeste sin fines de lucro. Esta red electrónica segura permite a sus doctores y otros proveedores de cuidados compartir sus expedientes de salud en forma rápida para proveerle el mejor cuidado.

¿Quién tiene acceso a la Red de Velatura?

Sólo proveedores de cuidados de salud autorizados/organizaciones y profesionales envueltos en su tratamiento, coordinación de cuidados, mejoramiento de calidad y actividades relacionadas con el manejo o contabilidad de sus cuidados de salud. La información de archivos médicos está protegida bajo leyes federales y estatales de privacidad; acceso uso y divulgación de archivos médicos se regirán por estas leyes en vigencia.

Por favor lea comprensivamente cada una de las siguientes declaraciones:

- El uso de estos datos para marketing o propósitos de publicidad, o para determinar elegibilidad de seguro o empleo, está estrictamente prohibido.
- Mi consentimiento permanecerá efectivo durante un año desde la fecha de este formulario.
- Mi consentimiento para pertenecer a Velatura es voluntario. Puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento. Puedo reincorporarme en cualquier momento.
- Puedo pedir una copia de este documento después de firmarlo.
- Si sospecho o me entero que mis datos han sido compartidos o accedidos de forma inadecuada, puedo contactar a Velatura en: info@MHC-HIE.org o PMB 270, 2000 E. Broadway, Columbia, MO 65201-6091.

Información del Paciente:

Al firmar este formulario, doy derecho a todos los proveedores participantes en Velatura a compartir mis archivos de salud, incluyendo datos delicados a través de la Red de Velatura con el propósito de proporcionarme cuidados. Velatura tiene derecho a contactarme para verificar identidad.

_____ /_____/_____
Mi Nombre (por favor en letra imprenta e incluya apellido de soltero(a)

Fecha de Nacimiento

Mi Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Género

_____/_____/_____
Seguro Social

Firma del Paciente:

X _____ /_____/_____

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Si soy padre o guardián de un menor, puedo dar consentimiento en nombre del menor sólo hasta que cumpla 18 años. En ese momento, el menor será exluído, a no ser que él o ella consienta a reincorporarse a la red de Velatura.

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI) - Salud del Comportamiento

Complete solamente si está autorizando comunicacion con el Proveedor de Cuidados Primarios Provider. Si no quiere, no complete.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ultimos 4 Dígitos del # de Seguro Social: _____ Cliente #: _____

Yo autorizo a Compass Health Network a: Divulgar A Recibir De

Quien está Autorizado para Divulgar PHI:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

Fecha de Servicio para la cual se Libera PHI:

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____

Información a ser Divulgada: (marque todas las que aplican)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Información Inicial | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas | <input type="checkbox"/> Archivos de Escuela | <input type="checkbox"/> Evaluación Familiar |
| <input type="checkbox"/> Archivos de medicamentos | <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal/Escrita con: _____ | |

Otros: _____

Propósito de la Solicitud: (debe marcar una)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Para ayudar a mantener empleo durante el tratamiento | <input type="checkbox"/> Para ayudar con mi tratamiento | <input type="checkbox"/> A pedido del paciente |
| <input type="checkbox"/> Para asegurar coordinación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Esta autorización se hace efectiva el _____ y expirará automáticamente un año después de la fecha de solicitud o antes, si así ha sido indicado. Por favor especifique: _____.

Yo entiendo que mis archivos de tratamiento de drogas y/o alcohol están protegidos bajo las Regulaciones Federales que gobiernan la Confidencialidad de los Archivos de Pacientes por Abuso de Drogas (42 C.F.R. Part 2) y el Acta de Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) of 1996 (45 C.F.R., Parts 160 and 164) y no pueden ser divulgados sin un consentimiento escrito, a no ser de otra forma indicado por las regulaciones.

Yo entiendo que al firmar esta autorización, estoy permitiendo la divulgación de mi información de salud mental. Esto puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), virus de inmunodeficiencia (VIH), otras enfermedades contagiosas, y/o abuso de alcohol/drogas.

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita en la oficina en que estoy siendo atendido. También entiendo que acciones que ya hayan sido tomadas basadas en esta autorización, antes de la revocación so se verán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que la autorización para divulgar información de salud protegida es, en la mayoría de los casos, voluntaria. Yo puedo declinar firmar esta autorización. Se me negará tratamiento debido a mi declinación a firmar si es que mi cuidado es obligatorio según el Sistema Judicial Juvenil de Corrección. Yo entiendo que puedo pedir revisar u obtener una copia de mis archivos. Yo entiendo que la divulgación de cualquier información corre el riesgo de una re-divulgación no autorizada y que la información pudiera no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si es que tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud protegida, puedo contactar al Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

PROHIBICION DE RE-DIVULGACION DE INFORMACION DE ARCHIVOS DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE ALOCHOL/DROGAS: (1) Este archivo que le ha sido proporcionado está protegido por reglas federales de confidencialidad (42 CFR part 2). Las reglas federales le prohíben llevar a cabo cualquier otra divulgación de este archivo, a no ser que sea expresamente permitido por medio de un consentimiento escrito del individuo a quien le pertenece la información de archivos que a de ser divulgada en este documento, o que de otra manera es permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de informacion médica u otra, NO es suficiente para este propósito (see § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de información para investigar o procesar por cargos relacionados con un crimen a cualquier paciente con desoren de uso de sustancia, excepto según se indica en §§ 2.12(c)(5) y 2.65; or(2) 42 CFR parte 2 prohíbe udivulgación desautorizada de estos archivos.

Mi firma a continuación acepto haber leído, comprendido y autorizado la divulgación de mi información de salud protegida.

Client Signature

Date

Parent/Legal Guardian/Representative Signature

Date

Witness Signature

Date

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI) - Salud del Comportamiento

Complete solamente si está autorizando comunicacion con el Proveedor de Cuidados Primarios Provider. Si no quiere, no complete.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ultimos 4 Dígitos del # de Seguro Social: _____ Cliente #: _____

Yo autorizo a Compass Health Network a: Divulgar A Recibir De

Quien está Autorizado para Divulgar PHI:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fax: _____

Fecha de Servicio para la cual se Libera PHI:

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____

Información a ser Divulgada: (marque todas las que aplican)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input type="checkbox"/> Información Inicial | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas | <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psiquiátricas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Psicológicas | <input type="checkbox"/> Archivos de Escuela | <input type="checkbox"/> Evaluación Familiar |
| <input type="checkbox"/> Archivos de medicamentos | <input type="checkbox"/> Comunicación Verbal/Escrita con: _____ | |

Otros: _____

Propósito de la Solicitud: (debe marcar una)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Para ayudar a mantener empleo durante el tratamiento | <input type="checkbox"/> Para ayudar con mi tratamiento | <input type="checkbox"/> A pedido del paciente |
| <input type="checkbox"/> Para asegurar coordinación de tratamiento | <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Esta autorización se hace efectiva el _____ y expirará automáticamente un año después de la fecha de solicitud o antes, si así ha sido indicado. Por favor especifique: _____.

Yo entiendo que mis archivos de tratamiento de drogas y/o alcohol están protegidos bajo las Regulaciones Federales que gobiernan la Confidencialidad de los Archivos de Pacientes por Abuso de Drogas (42 C.F.R. Part 2) y el Acta de Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) of 1996 (45 C.F.R., Parts 160 and 164) y no pueden ser divulgados sin un consentimiento escrito, a no ser de otra forma indicado por las regulaciones.

Yo entiendo que al firmar esta autorización, estoy permitiendo la divulgación de mi información de salud mental. Esto puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), virus de inmunodeficiencia (VIH), otras enfermedades contagiosas, y/o abuso de alcohol/drogas.

Yo entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita en la oficina en que estoy siendo atendido. También entiendo que acciones que ya hayan sido tomadas basadas en esta autorización, antes de la revocación so se verán afectadas.

Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización.

Entiendo que la autorización para divulgar información de salud protegida es, en la mayoría de los casos, voluntaria. Yo puedo declinar firmar esta autorización. Se me negará tratamiento debido a mi declinación a firmar si es que mi cuidado es obligatorio según el Sistema Judicial Juvenil de Corrección. Yo entiendo que puedo pedir revisar u obtener una copia de mis archivos. Yo entiendo que la divulgación de cualquier información corre el riesgo de una re-divulgación no autorizada y que la información pudiera no estar protegida por las reglas federales de confidencialidad. Si es que tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información de salud protegida, puedo contactar al Oficial de Privacidad de Compass Health Network.

PROHIBICION DE RE-DIVULGACION DE INFORMACION DE ARCHIVOS DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE ALOCHOL/DROGAS: (1) Este archivo que le ha sido proporcionado está protegido por reglas federales de confidencialidad (42 CFR part 2). Las reglas federales le prohíben llevar a cabo cualquier otra divulgación de este archivo, a no ser que sea expresamente permitido por medio de un consentimiento escrito del individuo a quien le pertenece la información de archivos que a de ser divulgada en este documento, o que de otra manera es permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de informacion médica u otra, NO es suficiente para este propósito (see § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de información para investigar o procesar por cargos relacionados con un crimen a cualquier paciente con desoren de uso de sustancia, excepto según se indica en §§ 2.12(c)(5) y 2.65; or(2) 42 CFR parte 2 prohíbe udivulgación desautorizada de estos archivos.

Mi firma a continuación acepto haber leído, comprendido y autorizado la divulgación de mi información de salud protegida.

Client Signature

Date

Parent/Legal Guardian/Representative Signature

Date

Witness Signature

Date