



Información de Orientación al Cliente

Bienvenido/a a La Salud de Comportamiento del Condado de Polk. Ofrecemos servicios para la salud mental, trastornos por uso de sustancias y problemas con el juego. Nuestro objetivo es ayudarlo/a a vivir bien. Lo siguiente es una breve descripción de lo que puede esperar.

CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER

INFORMACIÓN SOBRE LA PRIMERA CITA

La primera cita se llama Admisión. Se reunirá con un consejero/a y aprenderemos sobre las preocupaciones que lo/a trajeron aquí. Le haremos muchas preguntas para comprender su situación y cuáles son sus objetivos. Hablaremos sobre qué tipo de servicios y apoyos pueden ayudarlo/a a alcanzar sus metas. Juntos haremos un plan. Su plan individual se compartirá con usted al final de su cita.

UN CONSEJERO IDEAL

En su cita de admisión, podrá decirnos con qué tipo de consejero/a desea trabajar. Haremos todo lo posible para encontrarle el tipo de consejero/a que satisfaga sus necesidades. Si desea trabajar con alguien diferente, puede hablar con cualquier miembro/a del personal y preguntar sobre una mejor opción.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Cada persona obtiene servicios por diferentes períodos de tiempo. En su cita de admisión, su consejero/a le recomendará el "nivel de atención" según el tipo de inquietudes que tenga y su necesidad individual. Queremos que haga preguntas. Puede preguntar sobre cambios en su plan de tratamiento en cualquier momento. Queremos ayudarlo/a a alcanzar sus metas de una manera que se sienta cómodo/a para usted.

SERVICIOS Y APOYOS QUE PODEMOS RECOMENDAR:

- Psicoterapia: individual o familiar
- Asesoramiento sobre alcohol y drogas
- Servicios relacionados con el juego
- Tratamiento en grupos
- Manejo de medicamentos
- Gestión individualizada
- Entrenamiento de habilidades
- Especialistas de apoyo individual

INFORMACIÓN DE NUESTRO PERSONAL

Todo nuestro personal está capacitado en cuidado específico sobre traumas. Todos los proveedores con los que trabajará tienen un certificado o licencia en su área de profesión.

SERVICIOS DE CRISIS

Llame a la línea de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana a los siguientes números:	
Entre semana 8-5pm	503-623-9289
Después de las 5pm/fines de semana y días festivos	503-581-5535 o 1-800-560-5833

En caso de un crisis, está disponible el apoyo durante el horario comercial en cualquiera de nuestras ubicaciones:

Dallas
182 SW Academy Street
Dallas, OR 97338

Monmouth
1310 Main Street East
Monmouth, OR 97361

West Salem
1520 Plaza Street NW
Salem, OR 97304

DERECHOS DEL CLIENTE

Los clientes de Salud Comportamental del Condado de Polk tienen derecho a recibir atención sin discriminación por motivos de edad, raza, etnia, género, identidad de género, presentación de género, orientación sexual, discapacidad, religión, credo, origen nacional, estado familiar o civil, discapacidad o lenguaje hablado. Como nuestro cliente, usted tiene derecho a una atención segura, respetuosa y digna. Recibirá servicios y atención que sean médicamente apropiados y dentro de los límites de lo que ofrece el Salud del Comportamiento del Condado de Polk.

1. Tener todas las comunicaciones en un idioma que pueda entender
2. Recibir una copia de sus derechos y responsabilidades
3. Tener la oportunidad de registrarse para votar
4. Ser notificado/a de citas canceladas con tiempo
5. Recibir un aviso escrito cuando los servicios se reducen, suspenden o finalizan
6. Esperar que nuestros empleados sean sensibles a las necesidades y sentimientos de todos los clientes
7. Tener acceso y comunicarse en privado con cualquier programa o defensor público o privado de derechos del consumidor
8. La confidencialidad y el derecho a consentir la divulgación.
9. Dar consentimiento informado por escrito antes del inicio de los servicios, menos en una emergencia médica o según lo permita la ley.
10. Hacer una declaración para el tratamiento de salud mental, un documento legal le permite planificar ahora para un momento en que no pueda tomar sus propias decisiones de tratamiento de salud mental.
11. Participar en el desarrollo de un plan de servicio escrito.
12. Tener participación de la familia y guardián en la planificación y entrega de servicio.
13. Recibir una copia en escrito del plan de servicio.
14. Que le expliquen todos los servicios, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos.
15. Buscar una segunda opinión.
16. Elegir entre servicios y apoyos consistentes con su evaluación y su plan de servicio y participar en revisiones periódicas y re-evaluaciones de servicio y soporte
17. Recibir servicios culturalmente competentes proporcionados en el entorno más integrado en la comunidad y en condiciones que sean menos restrictivas a la libertad del individuo, que sean menos intrusivas para el individuo y que brinden el mayor grado de independencia.
18. Rechazar la participación en la experimentación.
19. Suspender el tratamiento en cualquier momento sin coacción.
20. Estar libre de aislamiento y moderación.
21. Saber el nombre y las calificaciones de cualquier persona involucrada en su cuidado.
22. Ser referido a otros servicios que son necesarios para la continuidad de su cuidado.
23. Recibir medicamentos específicos para las necesidades clínicas individuales diagnosticadas, incluidos los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opioides.
24. Recibir notificación antes de una transferencia, a menos que las circunstancias no supongan una amenaza a la salud y la seguridad.
25. Estar libre de abuso o negligencia e informar cualquier incidente de abuso o negligencia sin estar sujeto a represalias.
26. Tener libertad de religión.
27. Revisar su registro de servicio de acuerdo con ORS 179.505
28. Solicitar y revisar una explicación detallada de los cargos y facturas relacionados a su cuidado, independientemente de la fuente de pago.
29. Ser informado de las políticas y procedimientos, acuerdos de servicio y pagos aplicables a los servicios prestados, y que un padre o representante con custodia ayude a comprender cualquier información presentada.
30. Presentar quejas, incluidas las decisiones de apelación resultantes de la queja.



SUS RESPONSABILIDADES

Como cliente, o tutor, usted tiene el derecho de saber lo que esperamos de usted durante el tratamiento.

Proporcionarnos con Información

Como cliente o tutor, le pedimos que:

- Proporcione información precisa y completa sobre las preocupaciones actuales de su salud mental, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud mental
- Nos informe de cualquier riesgo percibido en su cuidado y cualquier cambio inesperado en su condición
- Nos de información sobre sus necesidades y expectativas de los servicios
- Nos deje saber de los cambios en la dirección, número de teléfono u otra información solicitada
- Nos deje saber de los cambios en los seguros médicos

Respeto y Consideración

Como cliente o tutor, le pedimos que:

- Reconozca y respete los derechos de otros clientes, familias y el personal. Las amenazas, violencia o acoso hacia otros pacientes o personal no será tolerado
- Proporcione un aviso de por lo menos 24 horas antes de cancelar su cita
- Cumpla con la política de mantener el campo del Condado de Polk libre de tabaco

Participación en el Tratamiento

Como cliente o tutor, le pedimos que:

- Participe en el desarrollo de los planes de tratamiento de acuerdo mutuo
- Siga el cuidado, tratamiento y plan de servicio desarrollado
- Haga preguntas cuando usted es incapaz de comprender su cuidado, tratamiento y servicios, o lo que se espera de usted
- Comparta sus preocupaciones sobre el plan de servicio propuesto y las recomendaciones para su tratamiento

Cumplimiento con las Obligaciones Financieras

Como cliente o tutor, le pedimos que:

- Por favor traiga su tarjeta de seguro a cada visita
- Si paga por los servicios por su cuenta, debe estar preparado para pagar la cantidad debida en el momento del servicio
- Proporcione información sobre todos los seguros que están disponibles para cubrir los gastos de sus servicios
- Proporcione copias de la Explicación de Beneficios de su Seguro (EOB) cuando sea solicitado por el departamento de facturación
- Si no tiene seguro, traiga la documentación para la elegibilidad de servicios con descuento (tasa moderada) de manera oportuna
- Póngase en contacto con el Departamento de Facturación inmediatamente para hacer arreglos con el pago si usted tiene una cuenta pendiente.



CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER



CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

La mayoría de nosotros sentimos que la información médica es privada y debe ser protegida. Es por eso que hay una serie de leyes federales que establece normas para los proveedores de atención de la salud y las compañías de seguros de salud acerca de quién puede ver y recibir nuestra información de salud. Esta ley, llamada la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), le da derechos sobre su información de salud, incluyendo el derecho a obtener una copia de su información, asegúrese de que este correcta, y determinar quien tiene acceso.

Sus Derechos de Privacidad

- **Su Registro Médico:** En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a ver o recibir un resumen u obtener elementos del conjunto del registro designado por el USCDI, según la Ley de Curas del Siglo 21 (45 CFR 170.401). Se le podrá proporcionar copias de los registros a usted u otra agencia que usted identifique en formato electrónico o en papel, en conformidad de su solicitud y el formato en la que se mantienen los registros. Debe realizar la solicitud por escrito. Es posible que se le cobre una tarifa por el costo de copiar sus registros.
- **Derecho a Solicitar Corrección o Enmienda a sus Registros:** Si no está de acuerdo con el contenido de su registro de salud, puede solicitar una enmienda. Si otorgamos la enmienda, se lo notificaremos. Si negamos la solicitud porque creemos que el registro existente es veraz y es completo, le daremos las razones específicas de la denegación. Si continúa en desacuerdo, puede presentar una queja ante el Oficial de Quejas.
- **Derecho a Solicitar un Informe de Todas las Divulgaciones:** Tiene el derecho a solicitarnos un informe de las personas o programas a los que hemos divulgado su información médica protegida. (Esto no incluye divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni a personas autorizadas por usted). La lista no incluirá información proporcionada directamente a usted o su familia, ni información enviada con su autorización. Puede solicitar este tipo de lista una vez al año.
- **Derecho a Solicitar Límites en el Uso o Divulgación de su Información:** Tiene el derecho a solicitar que limitemos la forma en que se usa o comparte su información. Debe realizar la solicitud por escrito e indicarnos qué información desea limitar y / o a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar la solicitud de limitación. Puede solicitar que se ponga fin a las restricciones por escrito. También tiene derecho a restringir las divulgaciones con respecto a la atención médica que pagó en su totalidad de su propio bolsillo.
- **Derecho a revocar una Autorización:** Si se le pide que firme una autorización para usar o compartir información, puede cancelar esa autorización en cualquier momento. Usted debe hacer la solicitud por escrito. Esto no afectará la información que ya ha sido compartida. Excepción: Los individuos que reciben servicios de alcohol y drogas tienen el derecho de revocar las autorizaciones verbalmente.
- **Derecho a Elegir Como Nos Comunicamos con Usted:** Usted tiene el derecho de pedir que compartamos información con usted de cierta manera o en un determinado lugar. Por ejemplo, usted puede pedirnos que enviemos información a su dirección de trabajo en vez de su casa. O usted puede pedir que le llamen a un número de teléfono diferente. Generalmente, usted debe hacer esta solicitud por escrito. Usted no tiene que explicar por qué.
- **Derecho a Presentar una Queja:** Usted tiene el derecho de presentar una queja si no está de acuerdo con la forma en que PCBH ha usado o compartido su información de salud o si no está de acuerdo con nuestras prácticas de privacidad en general.

- **Derecho a Recibir o Rechazar una copia impresa de este aviso:** Usted tiene el derecho de solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento.
- **Derecho a ser notificado de un incumplimiento:** Usted tiene el derecho a ser notificado si nosotros, o un socio de negocios, descubrimos un incumplimiento con su información de salud sin garantía.

Como Podemos Compartir Su Información de Salud Protegida

- **Para Tratamiento:** PCBH puede usar o compartir información con los proveedores de atención médica quienes están involucrados en su cuidado de salud. Por ejemplo, la información puede ser compartida para crear y llevar a cabo un plan para su tratamiento.
- **Para Pago:** PCBH puede usar o compartir información para recibir pagos o para hacer pagos por los servicios de salud que recibe. Por ejemplo, podemos proporcionar su información de salud para cobrarle a su plan de salud por las visitas con nosotros.
- **Para las Operaciones de Atención Médica:** PCBH puede usar o compartir información para poder manejar sus programas y actividades. Por ejemplo, podemos usar la información para analizar la calidad de los servicios que recibe.
- **Identificación:** Le pediremos que nos permita tomarle una fotografía con el motivo de usarlo como identificación. Esta fotografía se mantendrá en su registro médico, pero no se compartirá. Si no desea que le tomen una fotografía, se le pedirá que proporcione una identificación con foto. El negar esta petición no le impedirá obtener servicios.
- **Dentro del Acuerdo Organizado de Atención Médica:** Podemos usar y compartir información médica con organizaciones en las que participamos en actividades conjuntas de atención médica, como la coordinación de su cuidado continuo.
- **Para Recordatorios de Citas y Otras Notificaciones para usted:** PCBH le pedirá su permiso para hacerle recordatorios de sus citas. Usaremos el número de contacto que usted proporcione. Le dejaremos un mensaje como recordatorio si no los permite.
- **Para las Actividades de la Salud Pública:** PCBH comparte información con Polk County Public Health que mantiene y actualiza registros vitales, tal como nacimientos, defunción y algunas enfermedades comunicables.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud:** Podemos usar o divulgar su información durante inspecciones o investigaciones de nuestros servicio.
- **Para Agencias de Cumplimiento de la Ley o Tribunales** PCBH usará y compartirá información cuando sea requerido o permitido por la ley federal o estatal o por orden del tribunal.
- **Para Reportes de Abuso e Investigaciones:** Estamos obligados por ley a recibir y reportar el abuso y negligencia a las autoridades estatales apropiadas. Esto puede resultar en la divulgación de información de salud protegida.
- **Para los Programas del Gobierno:** PCBH puede usar y compartir información para los beneficios públicos bajo otros

programas del gobierno. Por ejemplo, podemos compartir su información para confirmar elegibilidad para un programa de nutrición tal como el WIC.

- **Para los Médicos Forenses y Directores de Funerarias:** Podemos divulgar la información para la identificación de una persona fallecida, y otras actividades permitidas por la ley.
- **Ayuda en Caso de un Desastre:** Si hay un desastre, podemos divulgar información sobre usted a cualquier agencia que esté ayudando en la labor de socorro.
- **Protección Adicional:** En algunos casos, la ley de Oregon proporciona protecciones de privacidad adicionales para el HIV, abuso de sustancias, la salud mental y pruebas genéticas.
- **Divulgaciones Incidentales:** Divulgaciones incidentales que sea requerido su uso bajo HIPAA son permisibles para divulgar, siempre y cuando implementemos pasos de seguridad para evitar tales divulgaciones, y limitamos el PHI expuesta a través de estas divulgaciones incidentales.
- **Para Evitar Daños y Actividades Especiales del Gobierno:** PCBH puede compartir información de salud protegida con las agencias de cumplimiento de la ley o el gobierno estadounidense para evitar una amenaza grave contra la salud o seguridad de cualquier persona, el público en general para la protección del Presidente.
- **Presos de la Cárcel:** Si es un preso de una cárcel o prisión o está en custodia de un oficial de policía, podemos entregar su información de salud protegida a ese cárcel u oficial para que puedan brindarle atención médica, para proteger su salud o la salud de otra persona o por la seguridad de la cárcel.
- **Para los Estudios:** PCBH usa la información de salud protegida para los estudios de salud pública y algunos reportes. Estos estudios y reportes no identifican a personas específicas.
- **Para la Recaudación de Fondos:** PCBH no usará su información con el fin de recaudar fondos.
- **Para el Directorio de la Institución:** PCBH no mantiene un directorio de la institución.
- **Para la Compensación de Trabajadores:** Podemos revelar su información de salud para cumplir con las leyes de compensación a trabajadores o programas similares.
- **Compartir Su Información con Familiares, Amigos y Otros:** Podemos compartir información de salud con su familia u otras personas que usted ha identificado como involucrados en su atención médica o en su salud del comportamiento. Usted tiene el derecho de oponerse a compartir esta información.
- **Comercialización:** Debemos obtener su autorización antes de usar su información de salud para enviarle cualquier material de comercialización. Podemos, sin embargo, proporcionarle materiales de comercialización en persona o darle un regalo de valor normal sin su autorización. Además, podemos comunicarnos con usted acerca de los productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o sobre tratamientos, terapias, proveedores o entornos de atención sin su autorización.

Otras Leyes Protegen su Información de Salud

Muchos programas de PCBH tienen otras leyes federales y estatales que deben seguir para el uso y divulgación de su información tal como la ley **42 CFR Parte 2** que aborda el tratamiento de alcohol y drogas. Estas requerirán su autorización. Por ejemplo, usted debe dar su autorización por escrito para que nosotros compartamos los registros de tratamiento de alcohol o drogas. Los tipos de información de salud que tienen protección especial incluyen pero no está

limitado a: Tratamiento para una enfermedad mental y notas de la sesión de terapia, los servicios para el abuso de alcohol y drogas, las evaluaciones y servicios del VIH/SIDA y evaluaciones genéticas.

Para Más Información y Cómo Comunicarse con Nosotros

Puede ponerse en contacto con su Proveedor de Servicio o con el Oficial de Privacidad de PCBH en cualquier momento si tiene alguna pregunta sobre este aviso o necesita más información sobre cómo usar sus derechos. Por favor use la dirección y número de teléfono a continuación.

Polk County Behavioral Health

Compliance Officer
182 SW Academy Street
Dallas, OR 97338
Phone: 503.623.9289

State of Oregon Department of Human Services

Governor's Advocacy Office
500 Summer St. NE, E17
Salem, Oregon 97301
Phone: 1-800-442-5238

State of Oregon Department of Human Services

Privacy Officer
500 Summer Street NE, E24
Salem, Oregon 97301
Phone: 1-800-442-5238 or 503-945-5780

Office for Civil Rights

Medical Privacy Complaints Division
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW HHH Building, Room 509H
Washington DC 20201
Phone: 866.627.6648

Cómo Presentar una Queja o Reportar un Problema Que Se Sospecha

Puede comunicarse con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de EE.UU. como indicado anteriormente si desea presentar una queja o reportar un problema con la forma que PCBH ha utilizado o compartido su información. Los servicios que proporcionamos no serán afectados por ninguna queja que usted presente. PCBH no puede tomar represalias contra usted por presentar una queja, cooperar en una investigación o negarse a ponerse de acuerdo con algo que usted cree que es contra la ley.

Duración de Este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier cambio se aplicará a la información que ya tenemos, así como cualquier información que podamos recibir en el futuro. Una copia de la nueva notificación se anunciará en cada sitio con Proveedor de Servicios de Salud del Comportamiento y siempre como lo requiere la ley. Usted puede solicitar una copia del aviso actual en cualquier momento que usted visita un sitio PCBH o puede solicitar que le enviemos una copia electrónica o por correo.

QUEJAS Y AGRAVIOS

Los clientes o sus tutores tienen derecho a presentar una queja o agravio. Si tiene un problema con el acceso a la atención, los servicios que ha recibido, el contacto con el personal o sus derechos, háganoslo saber.

Proceso de Quejas:

El Salud Comportamental del Condado de Polk acepta quejas y agravios por escrito o por teléfono. Para presentar una queja, puede solicitar un formulario a cualquier miembro personal (formulario BHQA001) o pedir específicamente hablar con el Oficial de Quejas.

Polk County Behavioral Health

Attn: Complaints Officer
182 SW Academy St
Dallas, OR 97338
503-623-9289

El Oficial de Quejas u otro personal designado tomaran las medidas necesarias para revisar y resolver su asunto dentro de los cinco días hábiles. Si se necesita más tiempo para recopilar información, se le notificara con una explicación. En estas circunstancias, la decisión de resolución puede demorarse hasta 30 días.

Revisión Acelerada:

Tiene derecho a solicitar un proceso de revisión más rápido si es probable que el asunto de su queja le cause daño antes de que se complete el proceso de quejas. Esto se le llama revisión acelerada. Responderemos dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de cualquier queja solicitando una revisión acelerada y enviaremos correspondencia por escrito.

Apelaciones:

Si no está satisfecho con la decisión de resolución de su queja, puede presentar una apelación dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que recibió la decisión. Puede apelar por escrito a:

Oregon Health Authority Health Systems Division

500 Summer St. NE Salem, Oregon 97301
Phone: 503-945-5763 or 1-800-273-0557

Apelaciones *continúa*:



CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER

La División del Sistema de Salud le enviara una respuesta por escrito dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de su apelación. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación, puede presentar una segunda apelación por escrito a la División del Sistema de Salud. Envíe la segunda apelación dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que recibió una respuesta por escrito de la División de Sistemas de Salud.

Aviso:

Las personas que presenten una queja o agravio, testigos de apoyo o miembros personal no estarán sujetas a represalias por hacer un informe o ser entrevistadas sobre una queja. Las represalias pueden incluir, entre otras, el despido o el acoso, la reducción de los servicios, los salarios o los beneficios, o basar el servicio o una revisión del desempeño en la acción.

Las personas que presentan una queja o agravio son inmunes a cualquier responsabilidad civil o penal con respecto a la presentación o el contenido de una queja hecha de buena fe.

Recursos adicionales para Quejas y Agravios:

Miembro de PacificSource Marion & Polk CCO

Si tiene una queja sobre su plan de salud, beneficios o atención, puede llamar, escribir o visitas PacificSource a:

PacificSource Community Solutions

Attn: Appeals and Grievances
PO Box 5729 Bend, Oregon 97708
Phone: (503) 210-2515 or (800) 431-4135
Fax: (541) 322-6424
TTY (800) 735-2900

Disability Rights Oregon

503-243-2081
511 SW 10th Avenue, Suite 200
Portland, OR 97205
www.droregon.org

Salem, OR 97310-1097
Fax: 503-378-6532
Email: GAO.CR@state.or.us

The Governor's Advocacy Office

Governor's Advocacy Office
500 Summer Street N.E., E-17



CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER



Reconocimiento de Documentos para Orientación y Consentimiento para Tratamiento

CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER

Reconocimiento de paquete de Orientación:

Al firmar este formulario, esta afirmado que ha recibido o rechazado una copia impresa de la siguiente información para la Salud del Comportamiento del Condado de Polk. Le recomendamos que revise todos los documentos del paquete de orientación con atención. Si ha rechazado una copia impresa, puede visitar nuestro sitio web en <https://www.co.polk.or.us/bh> para revisar los materiales en línea. El paquete de orientación contiene la siguiente información:

- Resumen de Servicios
- Derechos y Responsabilidades del Cliente
- Información Sobre Agravios y Quejas Formales
- Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ Recibí una copia impresa del paquete de orientación.

_____ Rechace la copia impresa del paquete de orientación, pero he revisado todos los documentos.

Consentimiento para Tratamiento

Al aceptar recibir servicios de la Salud del Comportamiento del Condado de Polk, reconozco que los riesgos y beneficios del tratamiento incluyen, entre otros, los siguientes:

Beneficios

- Determinar mis puntos fuertes y metas para mi tratamiento
- Elegir cuales son mis prioridades y objetivos trabajando junto con mi terapeuta para decidir cómo alcanzar esos objetivos
- La oportunidad de hacerme más independiente
- Disfrutar de una mayor satisfacción en la calidad de mi vida
- Desarrollar un plan personalizado para sobrellevar situaciones difíciles de crisis, o de seguridad
- Gozar del aumento de respuestas positivas a situaciones difíciles
- Mejorar mis relaciones personales

Riesgos

- Experimentar niveles incómodos de sentimientos como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia
- Enfrentar a emociones dolorosas, a veces por primera vez, que pueden llevar temporalmente a sentirse peor
- Recordar o hablar sobre aspectos desagradables de su vida, que puede provocar sentimientos incómodos
- Crecimiento personal que a veces requiere cambios resultándole incómodo o inesperado
- Personas importantes para uno pueden notar los cambios que hace; su relación con ellos puede verse afectada por los cambios que haga
- Es posible no lograr mejorar al nivel deseado

Entiendo que tengo derecho a rechazar o suspender el tratamiento en cualquier momento. Entiendo que rechazar o suspender el tratamiento puede tener un efecto en mi condición; puede empeorar, permanecer igual, o mejorar. Doy permiso a la Salud del Comportamiento del Condado de Polk para que me brinde tratamiento y servicios a mí, a mi hijo o a la persona de la que soy el tutor legal.

Nombre en letra de imprenta del cliente

Escriba el nombre del tutor legal si corresponde

Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA ID del cliente: _____



ACUERDO FINANCIERO Y CONSENTIMIENTO

CENTRAL HEALTH AND WELLNESS CENTER

Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable y pagar por los servicios que no están completamente cubiertos por el seguro. Entiendo que la ley permite que la Salud del Comportamiento del Condado de Polk me cobre la cantidad adeuda.

Autorizo a la Salud del Comportamiento del Condado de Polk a usar, divulgar y comunicar tanto verbalmente como por escrito mi información de salud, incluido el uso de sustancias y la información de salud mental hacia y desde mi compañía de seguro médico u otra entidad responsable de mis facturas médicas con el propósito de elegibilidad, pago,

Estoy de acuerdo en asignar a la Salud del Comportamiento del Condado de Polk todo el dinero al que tengo derecho del seguro por los servicios recibidos.

Nombre en letra de imprenta del cliente

Firma: Cliente -o- Tutor Legal

Fecha



Registración para la Salud del Comportamiento

CENTRAL HEALTH
AND WELLNESS CENTER

Por favor llene la siguiente información para la persona que va a recibir los servicios de la Salud Mental o Adicción. Si necesita ayuda para llenar cualquiera de estas formas por favor déjele saber a un miembro del personal. Gracias!

¿CUALES SERVICIOS ESTA BUSCANDO?

Terapia de Salud Mental Tratamiento de Alcohol & Drogas Tratamiento para Problemas con el Juego Otro _____

INFORMACION DEL CLIENTE:

Apellido	Nombre	Inicial de 2º nombre	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección para la Correspondencia (si es diferente de la anterior)			Ciudad	Estado	Código Postal
# de Licencia para Conducir (requerida si busca servicios relacionados con DUII)			¿Cómo le gustaría recibir su recordatorio de citas?		Correo Electrónico
			<input type="checkbox"/> TEXTO <input type="checkbox"/> TELÉFONO <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRÓNICO		

Para niños menores:

Nombre del padre: (por favor imprimir) _____

Nombre del padre: (por favor imprimir) _____

INFORMACION DE SEGURO DEL CLIENTE:

NO. DEL PLAN DE SALUD DE OREGON		NOMBRE DEL PLAN DE SALUD			
NO. DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICARE		Cobertura: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D			
CNOMBRE DEL PLAN DE SALUD ADICIONAL	No. de Grupo	ID#	Número de Teléfono del Seguro Médico:		
Parte Responsable (si es diferente al asegurado)	Parentesco	Fecha de Nacimiento	No. de Seguro Social	Numero de Teléfono	
Es un Plan de Salud Adicional a través de: <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Auto-Comprado <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Otro					

INFORMACION MEDICA

INDIQUE LOS SERVICIOS QUE HA RECIBIDO EN EL PASADO Por favor, indique si podemos solicitar estos registros

Permiso para Solicitar Registros:

<input type="checkbox"/> Terapia de Salud Mental	Proporcionado Por: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Manejo de Medicamento	Proporcionado Por: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Tratamiento de A&D	Proporcionado Por: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Juego	Proporcionado Por: _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DOCTOR DE CABECERA ¿Tiene doctor de cabecera? SI NO

Nombre del Doctor: _____ Nombre de la Clínica / Ubicación: _____

MEDICAMENTOS / ALERGIAS

¿Tiene algún tipo de alergia a los medicamentos? SI NO

Si es así, por favor escriba: _____

Si actualmente usted está siendo recetado alguno de los siguientes medicamentos, por favor marque todos los que correspondan:

<u>Medicamento</u>	<u>Recetador</u>
<input type="checkbox"/> Abilify/aripiprazole _____	_____
<input type="checkbox"/> Clozaril, Fazalco/clozapine _____	_____
<input type="checkbox"/> Geodon/ziprasidone _____	_____
<input type="checkbox"/> Haldol/haloperidol _____	_____
<input type="checkbox"/> Invega/palliperidone _____	_____
<input type="checkbox"/> Risperdal/risperidone _____	_____
<input type="checkbox"/> Seroquel/quetiapine _____	_____
<input type="checkbox"/> Zyprexa/olanzapine _____	_____

<u>Medicamento</u>	<u>Recetador</u>
BENZODIACEPINAS:	
<input type="checkbox"/> Ativan/loraepam _____	_____
<input type="checkbox"/> Klonopin/clonazepam _____	_____
<input type="checkbox"/> Valium/diazepam _____	_____
<input type="checkbox"/> Xanax/alpraolam _____	_____
<input type="checkbox"/> Librium/chlordiazepoxide _____	_____

<u>Medicamento</u>	<u>Recetador</u>
DROGAS ESTIMULANTES:	
<input type="checkbox"/> Adderall _____	_____
<input type="checkbox"/> Adderall XR _____	_____
<input type="checkbox"/> Concerta _____	_____
<input type="checkbox"/> Dexedrine _____	_____
<input type="checkbox"/> Dexedrine spansule _____	_____
<input type="checkbox"/> Daytrana _____	_____
<input type="checkbox"/> Metadate CD _____	_____
<input type="checkbox"/> Metadate ER _____	_____
<input type="checkbox"/> Methylin ER _____	_____
<input type="checkbox"/> Ritalin _____	_____
<input type="checkbox"/> Ritalin LA _____	_____
<input type="checkbox"/> Ritalin SR _____	_____
<input type="checkbox"/> Vyvanse _____	_____
<input type="checkbox"/> Quillivant XR _____	_____

<u>Medicamento</u>	<u>Recetador</u>
OTRO:	
<input type="checkbox"/> Vicodin _____	_____
<input type="checkbox"/> Oxycontin _____	_____
<input type="checkbox"/> Fentanyl/Duragesic,/Fentora _____	_____
<input type="checkbox"/> Lorcet/Lortab/Norco _____	_____
<input type="checkbox"/> Hydromorphone/ Dilaudid _____	_____
<input type="checkbox"/> Meperidine/Demerol _____	_____
<input type="checkbox"/> Methadone/Dolophine _____	_____
<input type="checkbox"/> Morphine/ MS Contin _____	_____
<input type="checkbox"/> Oxycodone _____	_____
<input type="checkbox"/> Oxyfast/Roxicodone _____	_____
<input type="checkbox"/> Targiniq ER _____	_____
<input type="checkbox"/> Percocet _____	_____
<input type="checkbox"/> Tramadal _____	_____
<input type="checkbox"/> Suboxone _____	_____

Otras drogas prescritas que no están en la lista: _____

¿Esta embarazada? SI NO

¿Utiliza tabaco? SI NO

¿Usted ahora o alguna vez ha usado drogas intravenosas? SI NO

¿Ha usado drogas o alcohol no prescritos en los últimos 90 días? SI NO

¿Ha completado previamente un directrice anticipada y, de ser así, quien tiene una copia?

NO - No he completado un directrice anticipada

SI - He completado un directrice anticipado y esta archivada con:

Nombre de doctor de cabecera: _____

Nombre de Hospital: _____

Nombre de Familia, Abogado o Representante Personal: _____

INFORMACION DEMOGRAFICA Porque somos proveedores de Medicaid, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas.

1. ¿Apellido del cliente al nacer? _____
2. ¿Cual es su Idioma Principal? _____
3. ¿Necesita intérprete? NO ¿Discapacidad Auditiva? Idioma Extranjero: _____
4. ¿Es el cliente un veterano? Si, Guarda/Reserva Militar Actual o Anterior NO, pero Actualmente o Guarida Retirado/Militar de Reserva
 Si, Militar en Servicio Activo Actual o Anterior NO
5. ¿Cuál es el grado más alto completado por el cliente? _____ Si actualmente es estudiante, ¿A qué escuela asiste? _____
6. ¿Cuál es el condado de residencia del cliente? Polk Marion Otro: _____
7. ¿Cuál es el estado civil del cliente? (Si vive como casado – Por favor marque casado)
 Nunca se ha casado Casado Divorciado Separado Viudo
8. ¿Cuál es el empleo del cliente? (Marque todos los que Correspondan)
 Tiempo Completo (35 horas o más) Tiempo Parcial (menos de 35 horas) Desempleado (en busca de trabajo) Ama de Casa
 Estudiante Jubilado Discapacitado (incapaz de trabajar por razones físicas o psicologicas) Sin un trabajo
 Otra clasificación informada (como ser un voluntario) Paciente hospitalizado o residente de otra institución laboral (no está buscando un trabajo para obtener ingreso)
 Empleo no competitivo (trabajos en entornos segregados para una población específica, intencionado a proporcionar capacitación y experiencia laboral)
- 8a. ¿Está interesado a recibir información sobre cómo encontrar empleo? ___SI ___ NO
9. ¿Cuál es la fuente principal de ingresos/apoyo para el cliente o padres del cliente?
 Sueldo/Salario Asistencia Pública Discapacidad/SSDI Jubilado/Pensión/SSI
 Otro Ninguna
10. Estimado de Ingreso Total Mensual del Hogar: _____ No Tiene Ingreso Se Niega a Contestar
11. ¿Cuál es el número total de personas que dependen del ingreso? _____
12. ¿Cuantos niños entre las edades 0 a 17 dependen del ingreso del hogar? _____
13. ¿Cuál es la situación de vivienda del cliente?
 Sin hogar Vivienda de apoyo Prisión Residencia Privada (con familiares) Instalación residencial (SRFT o YAT)
 Casa de Crianza Vivienda de apoyo (de ambiente colectivo) Residencia Privada (vivienda con personas que no son parientes)
 Instalación Residencial (RTH o YAT) Instalación Residencial Vivienda libre de alcohol y drogas Cárcel Instalación
 Instalación residencial (de Alcohol y Droga) Residencia Segura (SRFT ~ Adulto) Instalación Residencial (BRS) Residencial
 Centro residencial de cuidados subagudos Instalación Residencial (CSEC) Instalación Residencial (PRTS) (SCIP/SAIP)
 Alojamiento y Pensión Casa de Oxford Apoyo de Vivienda Residencia Privada (en casa) Otra Residencia Privada Otro
14. Por favor escriba el número de: Arrestos en el último mes: _____ Arrestos de DUII en el último mes: _____
Arrestos en toda su vida: _____ Arrestos de DUII en toda su vida: _____
- 15.Cuál de las siguientes opciones describe mejor al cliente:
¿Raza? Blanco Nativo de Alaska Nativo de América Negro o Africano Americano
Marque todos los que Correspondan Asiático Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico Otra Raza Singular
- ¿Etnia? No de Origen Hispana Cubano Mexicano Puertorriqueño
 Otro Hispano Específico _____
- ¿Afiliación Tribal? No Aplica Burns Paiute Tribu Conf Coos, Lower Ump & Siuslaw
 Tribu Confederado de Grand Ronde Conf Tribe of Siletz Tribu Conf de Umatilla
 Tribu Confederado de Warm Springs Tribu de Coquille Indian Cow Creek / Indios de Ump
 Tribus de Klamath Otro _____
16. ¿Quién lo refirió a nosotros? (Marque todos los que Correspondan)
 Si mismo Policía o Chérif Prisión Federal
 Familia/Amigo Libertad Condicional Instalación Psiquiátrica Estatal
 Doctor, Enfermera o Medico Probatoria Mesa Directiva de PSRB
 Línea de Crisis Empleador Tribunal Municipal
 Medios de Comunicación, Servicios de Empleo Tribunal de Justicia
 Internet Rehabilitación Vocacional Tribunal de Circuito
 Grupo de Abogacía Abogado Tribunal Federal
 Escuela Child Welfare Nadie
 Servicios DD Plan de Salud / CCO Otro _____
 Envejecimiento & Discapacidad Cárcel
 ADES Prisión Estatal

SOLO PARA USO DE OFICINA

RECIBIDO POR: _____

NO. DE ID DEL CLIENTE _____