FORMA DE REGISTRACION

Por favor llene la información siguiente para la persona que va a recibir servicios de Salud Mental o Adicción.
Si necesita ayuda para llenar cualquier forma, por favor déjele saber a la recepcionista.

Fecha: _____

Nombre (Apellido, Primer, Segundo) _____

Nombre Preferido _____ Fecha de Nacimiento _____

Apellido al Nacer _____ NSS _____ Condado de Residencia _____

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección De Correspondencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero De Casa _____ Numero de Celular _____ Correo Electrónico _____

¿Como le gustaría recibir notificaciones para su cita? ❑ Correo Electrónico ❑ Llamada ❑ Texto ❑ Correo Electrónico y Llamada ❑ Correo electrónico y Texto ❑ Llamada y Texto ❑ Optar por No

¿Eres sordo o tiene dificultad para escuchar? ❑ *No* ❑ *Si*

¿Estas ciego o tienes dificultad para ver, aunque uses lentes? ❑ *No* ❑ *Si*

Lenguaje Preferido _____ **¿Necesitas o quieres interprete?** ❑ *No* ❑ *Si*

¿Qué tan bien hablas inglés?
❑ Muy bien ❑ No muy bien ❑Bien
❑ Nada

Si necesitas o quieres un intérprete, ¿qué tipo de interprete prefieres?
❑ Interprete de lenguaje preferido
❑ Interprete de lenguaje de señas americano
❑ Interprete de lenguaje de señas de contacto
❑ Otro: *Especifico:*

Genero al Nacer:
❑ Femenino
❑ Masculino
❑ Otro

Pronombre:
❑ Ella/Su ❑ Nada
❑ El/Su
❑ Ellos/Sus

Estado Civil:
❑ Nunca se ha Casado ❑ Divorciado
❑ Casado ❑ Viudo
❑ Separado

Dependes:
____# Niños Dependes (Edades 0-17)
____# en el Hogar (Incluyendo a ti mismo)

Veterano:
❑ Nunca en la militar ❑ Veterano, Rama_____ ❑ Servicio Activo, Rama _____ ❑ Desconocido

Raza:
❑ Nativo de Alaska
❑ Indio Americano
❑ Asiático
❑ Negro/Afroamericano
❑ Nativo de Hawái/Isleño del Pacifico
❑ White
❑ Otra Raza Singular
❑ Dos o Mas Razas no Especificadas

Etnicidad:
❑ No Hispano/Origen Latinx
❑ Cubano
❑ Mexicano
❑ Puertorriqueño
❑ Desconocido
❑ Hispano/Latinx-Origen No Especificado
❑ Otro Especifico Hispano/Latinx

Afiliación Tribal:
❑ No Aplica
❑ Tribu Burns Paiute
❑ Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw
❑ Tribus Confederadas de Grand Ronde
❑ Tribus Confederadas de Siletz
❑ Tribus Confederadas de the Umatilla
❑ Tribus Confederadas de Warm Springs
❑ Cow Creek Banda de Indios Umpqua
❑ Tribu India Coquille
❑ Tribu Klamath
❑ Otro: _____

Arreglos de Vivienda:
❑ Residencia Privada (su hogar)
❑ Residencia Privada (con pariente)
❑ Residencia Privada (sin parentesco)
❑ Residencia Privada (otro)
❑ Sin Hogar/Transitorio
❑ Hogar Sustituto
❑ Cárcel
❑ Prisión
❑ Vivienda De Apoyo
❑ Casa Oxford
❑ Vivienda sin Alcohol o Droga
❑ Instalación Residencial Segura
❑ Alojamiento
❑ instalación Residencial *Tipo:* _____
❑ Otro:

Estatus Legal ❑ Nada
❑ Libertad Bajo Palabra
❑ Libertad Condicional
❑ Encarcelado
❑ Ayuda y Asistencia
❑ DUII Diversión
❑ DUII Convicción
❑ Compromiso Civil, *30 días*
❑ Compromiso Civil, *90 días*
❑ Compromiso Civil, *180 días*
❑ Custodia Involuntaria
❑ Tutela (Corte)
❑ Tutela (Welfare para niños)
❑ Diversión antes de entrar a la cárcel
❑ Diversión después de entrar a la cárcel
❑ Junta de Revisión de Seguridad Psiquiátrica (PSRB)
❑ Juvenile PSRB

Oficial De Libertad Condicional Nombre y Teléfono:

Para Clientes con DUII SOLAMENTE *Numero de Licencia:* *Estado:*

Arrestos: En su Vida:_____

Arrestos en los últimos 30 días:

Arrestos de DUII: En su Vida _____

Arrestos de DUII en los últimos 30 días:

Ingres en Bruto por Mes *(Antes de Impuestos)*: $_____

Fuente de Ingresos:

❑ Salario ❑ Asistencia Publica
❑ Discapacidad/SSDI ❑ Jubilación/Pensión/SSI
❑ Nada ❑ Desconocido ❑ Otro: _____

Empleo:

❑ Tiempo Completo ❑ Medio Tiempo ❑ Sin Empleo ❑ Estudiante
❑ Ama de Casa ❑ Jubilado ❑ Discapacitado ❑ No Trabaja
❑ Otra Clasificación (ej. voluntario)
❑ Protegido/No Competitivo/ Empleo (ej. WITCO)

Nombre de Empleador: _____ Numero de Tel.:_____

Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal

¿Quién lo refiero a Lifeways?

Nombre: _____ Tel. _____

Médico General: _____ Ciudad _____ Estado _____ Tel. _____

Nombre de la Clínica _____

¿Está recibiendo servicios de Salud Mental? ❑ No ❑ Si, Donde? _____

¿Está recibiendo servicios de Abuso de Sustancias? ❑ No ❑ Si, Donde? _____

Dentista: Ciudad Estado Tel.

Contacto de Emergencia _____ Tel. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Relación al Cliente ❑ Padre ❑ Madre ❑ Hermano ❑ Familia (Otro) ❑ Amigo ❑ Pareja ❑ Otro

¿Tiene guardián legal? ❑ Si ❑ No

Nombre Numero de Tel.

Responsable Financieramente: (Solamente llenar si es diferente al cliente o cliente es menor de edad)

Nombre (Apellido, primer) _____ Tel. _____

Fecha de Nacimiento _____ NSS _____

Dirección de Correspondencia Ciudad Estado Código Postal

Por favor de copia de su tarjeta(s) de seguro de salud.

Tipo de Seguro de Salud: ❑ Sin Seguro ❑ Medicaid ❑ Medicare ❑ Seguro Privado ❑ Desconocido

Seguro Primario _____ Tel. _____

Nombre del Asegurado _____ Relación al Cliente _____

de Identificación # de Grupo

Seguro Secundario _____ Tel. _____

Nombre del Asegurado _____ Relación al Cliente _____

de Identificación # de Grupo

¿Tienes una Declaración de Tratamiento de Salud Mental? ❑ No ❑ Si, *¿Hay copia disponible?* ❑ *No* ❑ *Si*

¿Tienes una Directiva Avanzada? ❑ No, *¿le gustaría información?* ❑ *No* ❑ *Si*
❑ Yes, *¿Hay copia disponible?* ❑ *No* ❑ *Si*

¿Esta interesado en registrarse para votar? ❑ No ❑ Si ¿Esta interesado en servicios de empleo con apoyo? ❑ No ❑ Si

¿Qué Grado has completado? _____ ¿Estas o podrías estar embarazada? ❑ N/A ❑ No ❑ Si, *Fecha* _____

¿Usa tabaco? ❑ No ❑ Si ¿Ha recibido vacuna de la gripe este año? ❑ No ❑ Si

¿Ha usado sustancias en los últimos 90 días? ❑ No ❑ Si, tipo:

Otras agencias que le están proveyendo servicios: (seleccione los que aplican)

❑ ADES
❑ Departamento Juvenil
❑ Autoridad Juvenil de Oregon
❑ Corrección Comunitaria
❑ Departamento de Salud Publica
❑ DHS Child Welfare
❑ DHS Suficiencia Propia
❑ Persona Mayores y Personas con Discapacidades
❑ Rehabilitación Vocacional
❑ Nada
❑ Otro: _____

Desglose de Información para Pago

Inicial _____ Yo autorizo el desglose de cualquier información de salud mental o alcohol o droga necesaria para procesar reclamos para el seguro de salud. Además, autorizo pago directo a Lifeways Inc. por los servicios recibidos. Yo entiendo que soy responsable por todos los cargos ya sean pagados por el seguro de salud o no. Esto es incluyendo Departamento de Servicios Humanos o el uso de descuento.

Reconocimiento de Recibo

Inicial _____ Reconocimiento del recibo del libro al cliente de Lifeways y el Aviso de Privacidad: Al firmar abajo yo reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad en mi lenguaje.

Consentimiento para el Uso y Desglose de Información de Salud Protegida

Al firmar abajo, yo consiento el uso y desglose de información de salud sobre mi para que LIFEWYA y sus empleados y contratistas puedan proveerme tratamiento, obtener pago (por el tratamiento) de un tercero (ej. Medicaid de Oregon) y seguir con las operaciones de cuidado de salud. Específicamente, yo autorizo el uso y desglose de mi información de salud sobre mi salud mental, resultados de VIH, SIDA, tratamiento de alcohol y droga (si lo hay), para el pago y operaciones de cuidado de salud. Yo entiendo que esto consentimiento de uso y desglose de información termina cuando yo termine mi tratamiento y yo puedo revocar este consentimiento antes a menos que LIFEWAYS haya tomado acción con este consentimiento. Sin embargo, también entiendo que ninguna revocación de este consentimiento es válido con respecto a la inspección de archivos para la valides de parte del gobierno.

X _____ _____

Cliente/Guardian Firma | Fecha

_____ _____

Nombre de Cliente/Guardian Imprimido | Relación al Cliente

Firma del responsable Financieramente

X _____ _____

Firma | Fecha

_____ _____

Nombre Imprimido | Relación al Cliente

Uso de Oficina

Tipo de admisión: ❑ Nueva ❑ Re-Admisión ❑ Actualización **Fecha de Nueva admisión:** _____

Método de Entrada: ❑ Cita ❑ Clínica Abierta **Estado de Cliente:** ❑ Activo ❑ Contacto ❑ Referido

Estado de Tratamiento: ❑ Activo ❑ Evaluación Solamente ❑ Servicio de Crisis ❑ Encarcelado ❑ Servicios Involuntarios

Recibio copia del Libro al Cliente? ❑ Si ❑ Rechazo **¿Fue consentimiento verbal?** ❑ Si ❑ No

Oficina Primaria ❑ Caldwell ❑ Hermiston ❑ Milton-Freewater ❑ Ontario ❑ Pendleton ❑ Otro: _____

Tip de Primer Contacto: _____ **Fecha:** _____

Clínica Refiriendo: ❑ SAMG ❑ SLHC ❑ VFHC ❑ Mirasol ❑ Terry Reilly ❑ Good Shepard ❑ St. Anthony's

❑ Otro, *Especifique*: _____

Consentimiento para Tratamiento de Lifeways

Puesto que los servicios de Lifeways son designados para trabajar con usted en una asociación para el bienestar, el proceso que seguimos incluye provisiones para la "Confidencialidad" y ciertos y específicos "Derechos y Responsabilidades" de clientes y proveedores.

Declaración de Confidencialidad
Personal de Lifeways mantendrá la información de su caso confidencial, incluyendo el hecho de que usted este recibiendo servicios, a menos que los archivos sean citados por el tribunal de la justicia, su consejero crea que es necesario compartir información con otros miembros del personal, u oficiales de la ley necesiten proteger su seguridad o la de los demás. Esto incluye revisión de casos periódicamente, emergencias médicas, y violación de leyes de abuso de niños o negligencia, peligro a otros o a usted mismo, y divulgación de información a su solicitud. En el momento que usted aplique para recibir servicios de Lifeways se le dará una copia del Aviso de las Prácticas de Privada de Lifeways, que describe plenamente sus derechos de privacidad.

Responsabilidades del Cliente
Los programas de Lifeways son designados para promover el bienestar trabajando para aumentar su funcionamiento. Nosotros intentaremos enfocarnos en soluciones y resolver los problemas lo más rápido posible. Servicios de consejería de largo plazo podrían indicar preocupaciones más serias.

- Escoger o ayudar a Lifeways asignarle un proveedor de salud mental que trabaje con usted y usted pueda decirle todo sobre su salud;
- Tratar el personal de Lifeways con respeto;
- Hacerse exámenes anuales, visitas de salud, y otros servicios para prevenir enfermedades y mantenerse saludable;
- Recibir referencia para un especialista antes de buscar cuidado del especialista a menos que sea permitido;
- Llegar a tiempo a sus citas y llamar antes si va a llegar tarde o no podra llegar a la cita;
- Usar servicios de urgencia y emergencia cuando sea necesario y decirle a Lifeways de visitas a la sala de emergencia en los últimos 3 días;
- Hacer preguntas sobre condiciones, tratamientos, e otros problemas relacionados a su cuidado de salud que usted no entienda;
- Usar información para hacer decisiones sobre el tratamiento antes de empezarlo;
- Ayudarle a su proveedor con el plan de tratamiento y con las metas del tratamiento;
- Trabajar con el proveedor y seguir el plan y las metas para recuperarse;
- Dar información correcta para el archivo medico;
- Ayudar a Lifeways recibir archivo medico de otros proveedores que podría incluir firmar una autorización para divulgar la información;
- Traer sus tarjetas de seguro medico a sus citas, decirle a la recepcionista que usted tiene el Plan De Salud de Oregón y otros seguros médicos, y decirles si usted fue lastimado en un accidente;
- Pagar por los servicios que no son cubiertos bajo el Plan de salud de Oregón si firmo la forma "Agreement to Pay" antes de los servicios;
- Pagar por tener el seguro Medicare a tiempo si es requerido;
- Asistir Lifeways, La Autoridad de Salud de Oregón, y el Departamento de Servicios Humanos en buscar recursos de un tercero disponibles y reembolsar a Lifeways y Departamento de Servicios Humanos por el beneficio que pago por una lesión o que recibió por esa lesión;
- Hablar a el Plan de Salud de Oregón al 800-699-9075 cuando se cambie de domicilio, el numero de teléfono, este embarazada o ya no este embarazada, o cuando un miembro de la familia entre o salga del hogar;
- Reportar si tiene otros seguros de salud; hacer cambios a su seguro en www.reporttpl.org; y
- Traer cualquier problema o queja a la atención de Lifeways y/o La Autoridad de Salud de Oregón.

Miembros de Optum Idaho tienen responsabilidades adicionales que incluye:

- ❖ Usted es responsable de proveer a Optum y a sus proveedores información para proveer cuidado de calidad
- ❖ Usted es responsable de entender sus problemas de salud lo mejor que pueda.
- ❖ Usted es responsable de participar en el tratamiento y plan de recuperación lo mas que pueda. Usted tiene que decirles a los proveedores si cambios son necesarios.

- Usted es responsable de mantener, cambiar, o cancelar citas.

Si usted trae a niños para tratamiento, por favor no los deje sin atender en la sala de espera. Para asegurarnos que todos están seguros, Lifeways no permite armas en el edificio. Hay personas con alergias a animales y productos perfumados.

Por favor ayúdenos a proteger su salud y no traiga mascotas (a menos que so aprobados para servicio) a citas y evite el uso de perfumes y productos con perfumes.

Por favor trata al personal con el mismo nivel de respecto y dignidad que nosotros le damos a usted. Tratar a personas con dignidad y respeto incluye evitar comportamientos violentos y no haga comentarios que podrían lastimar a otros.

Responsabilidades de Lifeways a Usted como Cliente

Lifeways sabe que usted tiene opciones sobre los proveedores de servicios y estamos feliz de que usted eligió trabajar con nosotros. Así como usted tiene responsabilidad con el tratamiento cuando recibe servicios de salud de comportamiento de Lifeways, nosotros tenemos responsabilidades cuando le proveemos servicios a usted.

Sabemos que su tiempo es valioso y haremos todo el esfuerzo para atenderlos cada cita. Cuando no podemos mantener una cita con usted haremos todo el esfuerzo de hacer otra cita por lo menos 24 horas antes de la cita original.

Así como nosotros le pedimos que participe en el tratamiento en una manera que sea respetuosa y segura para los proveedores de servicio y cualquier otro cliente de Lifeways, también le proveeremos servicios a usted in una manera respetuosa y segura. Proveedores de servicios lo trataran con la dignidad que usted se merece.

Si no entiende las formas que debe de llenar por favor pregúntele a un proveedor de servicios de Lifeways que lo ayuden. Queremos estar seguros de que usted entienda todos los servicios que le ofrecemos y saber que tiene el derecho de preguntar o pedir cambios si algo no funcionó bien para usted.

Derechos del Cliente

Como una persona recibiendo servicios en Lifeways, tiene el derecho de lo siguiente:

- Elegir servicios que quiera y necesite al alcance de los servicios proveídos en Lifeways y recibir servicios en el entorno de una comunidad integrada bajo las condiciones que sean lo menos restrictivas a su libertad e independencia;
- Sea tratado con dignidad y respeto;
- Participar en el Desarrollo de el plan de servicio, reciba servicios consistentes con el plan y participe en revisar y reevaluar el servicio y apoyo necesitado, asistir en el desarrollo del plan, y recibir una copia del plan de servicio escrito;
- Haber sido explicado todos los servicios, incluyendo el resultado esperado y riesgos posibles;
- Confidencialidad y el derecho de consentir la divulgación de acuerdo con ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50;
- Dar consentimiento por escrito antes de empezar los servicios, excepto en emergencias médicas, o si es permitido por la ley. Niños menores podrían dar consentimiento en estas circunstancias:
  - ❖ Menos de 18 años y están casados;
  - ❖ Edad de 16 o más grande y están legalmente emancipados por la corte; o
  - ❖ Edad de 14 o mas grande solamente para servicies ambulatorios. Para el propósito de consentimiento, servicios ambulatorios no incluye servicios proveído por programas residenciales hospitalizaciones de día.
- Revisar su archive de servicio acuerdo con ORS 179.505;
- Negar participación en experimentación;
- Recibir medicamento especifico al diagnostico del individuo, incluyendo medicamento para la dependencia de opioide;

- Recibir aviso antes de transferir, a menos que la circunstancia de la transferencia sea por amenaza o salud y seguridad;
- Estar libre de abuso o negligencia y reportar cualquier incidente de abuso o negligencia sin ser sujeto a represaría;
- Libertad religiosa;
- Estar libre de aislamiento y restricciones;
- Estar informado al empezar los servicios, y periódicamente después, de los derechos garantizados por esta regla;
- Estar informado de las pólizas y procedimientos, acuerdos de servicios, y tarifas aplicables al servicio, y tener el padre con la custodia, guardián, o representante con entendimiento de cualquier información presentada;
- Tener familia y guardián involucrados en los planear y entrega;
- Tener una oportunidad de hacer una declaración de salud mental, cuando sea un adulto legal;
- Llenar quejas, incluyendo apelación de decisiones resultado de la queja;
- Ejercer todos los derechos en ORS 109.61 a 109.697 si el individuo es un niño definido por las reglas;
- Ejercer todos los derechos en ORS 426.385 si el individuo es internado involuntariamente a la Autoridad; y
- Ejercer todos los derechos descritos en esta regla sin alguna forma de represalia o castigo.
- Recibir todos los servicios sin ser juzgado.
- Recibir una explicación en como ejercer tus derechos. (El guardián también tiene este derecho).
- Información acerca de los derechos y responsabilidades serán dados por escrito, si son pedidos, en una forma alternativa, o lenguaje apropiado a las necesidades del individuo. (El guardián también tiene este derecho.)
- Recibir servicios de salud en una manera que respeta su cultura. Esto incluye buscar un interprete si usted no habla esta Ingles.
- El derecho a otra opinión.
- Derechos específicos adicionales a miembros de Optum Idaho
    - ❖ Pedir y recibir información sobre Optum. Esto incluye servicios y proveedores en red con su seguro de salud y como tener acceso a los dos.
    - ❖ No ser molestado por algún problema de parte del Optum o el proveedor.

Reconocimiento del Archivo de Salud Integrada

_____(inicial) *Yo entiendo que Lifeways tiene un archive de salud integrado que permite al personal de salud mental tener acceso a la información relacionada con el uso de sustancias o tratamiento u otros servicios que yo recibo de Lifeways; Yo autorizo al personal de Lifeways que necesitan acceso a mi información de salud protegida que accedan información necesaria mínima para ese propósito. Esto es con la garantía que la información de el tratamiento de abuso de sustancias no será revisada en detalle y el hecho de que estoy recibiendo tratamiento para el abuso de sustancias a otros programas fuera de Lifeways sin mi autorización por escrito requerido por la ley.*

Consentimiento para Servicios Telefónicos y de Tele-Salud

_____**(i**nicial) *Por la presente doy mi consentimiento para utilizar video-conferencias en vivo y/o servicios telefónicos proporcionados por Lifeways como parte de su Programa de Tele-Salud. Entiendo que estos servicios pueden implicar la comunicación de mi información de salud, tanto oral como visualmente, a los profesionales de la salud. Específicamente, entiendo que los servicios de video-conferencia incluyen, pero no se limitan a, consulta, tratamiento y transferencia de datos de salud utilizando datos interactivos registrados, almacenados o archivados del uso de estos servicios de video-conferencia en vivo. También reconozco que hay riesgos y consecuencias por el uso de los servicios de tele-salud, incluyendo, pero no limitado a la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de Lifeways, de que la transmisión de mi información de salud podría ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; y/o la transmisión de mi información de salud podría ser interceptada o accedida por personas no autorizadas.*

Consentimiento para los Servicios de Tratamiento

Yo entiendo y estoy de acuerdo con la información anterior y las condiciones de los servicios de prevención y/o recuperación de la salud mental y doy consentimiento de recibir servicios en Lifeways, Inc.
Yo entiendo que soy responsable de cancelar todas las citas por lo menos veinticuatro (24) horas antes y que yo no pueda ver a mi consejero si llego más de quince (15) minutos tarde a mi cita.

_____	_____	_____
Firma del Cliente	Imprima Nombre	Fecha
_____	_____	_____
Padre o Guardián (firma)	Padre o Guardián (imprima)	Fecha
_____	_____	_____
Personal de Lifeways (firma)	Personal de Lifeways (Imprima)	Fecha

Acuerdo de Tarifas de Lifeways

Consentimiento del Acuerdo de Tarifas de Lifeways
Cuando usted elije servicios de Lifeways usted necesitara completar unas formas al tiempo de servicio. En su primera visita usted debería llegar temprano a completar las formas de registración. Nosotros le pediremos información sobre la cobertura de su seguro de salud y nos ayudaría si trae su tarjeta de seguro de salud e información. Nosotros le pediremos que firme formas para el consentimiento de tratamiento y divulgar información a su compañía de seguro de salud para que ellos puedan pagar su tratamiento.

Es su responsabilidad revisar con su compañía de seguro de salud o empleador si usted necesita o no autorización o ser aprobado antes de recibir servicios, o lo más pronto posible en case de emergencia. Usted tiene el derecho de divulgar a usted mismo por escrito el total y los pagos de cualquier tarifa que será cobrada por los servicios. Usted es financieramente responsable de su cuenta al tiempo que reciba servicios. Por favor esté listo para pagar su porción al tiempo que reciba servicios. El personal de Lifeways puede ayudarle a calcular el total de cargos y ellos pueden explicarle los métodos y planes de pago. Se debe la cuenta cuando reciba la factura. Lifeways le mandara el saldo de cuanta a su compañía de seguro de salud basado en la información que usted nos dé a la hora de registración.

Usted puede aplicar para asistencia financiera en Lifeways antes o después de que reciba servicios cubiertos. Elegibilidad será determinada en base individual, tomando en cuenta factores como tamaño de familia, ingreso, bienes, y su estado de seguro de salud. Si usted tiene problemas con las formas financieras o con la escala de tarifa variable, nosotros intentaremos ayudarlo.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con pagar las tarifas necesarias y proveer asignación de terceros al tiempo de recibir servicios.

Yo entiendo que podrían cobrar una tarifa por citas que pierda sin cancelar veinticuatro (24) horas por adelantado o por citas a las que llegue más de 15 minutos tarde. (Clientes con el Plan de Salud de Oregon (OHP) con beneficios de salud mental y tratamiento de abuso de sustancias y miembros de GOBHI son exentos de esta tarifa).

Yo entiendo que podría ser requerido por mi seguro de salud hacer un pago y que este pago será debido a la hora de los servicios. Yo entiendo que ultimadamente yo soy responsable por cualquier cambio que ocurra en esta cuenta.

Yo estoy de acuerdo con pagar todos los cargos que no sean pagados por mi seguro de salud o cualquier otra fuente de pago. Si procedimientos legales son requeridos para cobrar esta cuenta, yo estoy de acuerdo de pagar todos los costos de colección incluyendo tarifas razonables de abogados o costos de cortes.

Yo he recibido una copia de las Tarifas de Lifeways actual y estoy de acuerdo de pagar las tarifas. Yo entiendo que algunos servicios podrían tener una tarifa mínima escrita en la copia de Tarifas de Lifeways.

Yo entiendo que podría calificar para un descuento de tarifa basado en mi ingreso en bruto que podría alterar significativamente los costos de mi servicio.

Yo entiendo me cobraran al rédito de servicios individuales por servicios adicionales como consulta o manejo del case como es indicado en mi plan de tratamiento.

_____	_____	_____
Firma del Cliente	(Imprima Nombre)	Fecha
_____	_____	_____
Padre o Guardián (firma)	Padre o Guardián (imprima)	Fecha
_____	_____	_____
Personal de Lifeways (firma)	Personal de Lifeways (imprima)	Fecha

Autorización RECIBIDA

Fecha: _____

Nombre de Personal *(Imprimido)*: _____

Autorización REVOCADA: _____

❑ Verbal por el Cliente ❑ Escrito por Cliente

Firma de Personal: _____

AUTORIZACIÓN DE SALUD MENTAL PARA EL USO O DESGLOSE DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Paciente: _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) Fecha De Nacimiento: _____

La siguiente persona u organización está autorizada a: ❑ DESGLOSE ❑ RECIBIR información especifica

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado
Código Postal: _____

Numero de Tel.: _____ Numero de Fax: _____

Esta información debe ser usada para los siguientes propósitos solamente:

❑ Continuidad/Coordinación de Cuidado ❑ Educacional ❑ Reclamo de Discapacidad

❑ Comunicación Familiar ❑ Abogado/Legal ❑ _____

La información especifica que se divulgara como se especifica a continuación:

❑ Intercambio de información escrita y verbal

❑ Intercambio de información verbal solamente ❑ Intercambio de información escrita solamente

Tipo de información que será compartida: ❑ Archivo Completo, incluyendo Servicios para Uso de Sustancias ~O~

❑ Expediente de Discapacidad de Desarrollo
❑ Expediente Educativo
❑ Expediente Médico General *(incluye resultados de laboratorio)*
❑ Información sobre Abuso & Negligencia de Niños
❑ Información Necesaria para Arreglos de Transportación
❑ Información Necesaria para Tratar una Emergencia
❑ Información sobre Asalto Sexual
❑ Información sobre Enfermedades de Transmisión Sexual
❑ Información sobre examines relacionados al VIH/SIDA-
(incluyendo el hecho de que un examen de VIH fue ordenado o reportado independientemente de los resultados ya sea positive o negativo)
❑ Evaluación de Salud Mental
❑ Notas de Progreso de Salud Mental
❑ Resumen de Alta de Salud Mental
❑ Evaluación Psiquiátrica
❑ Notas de Progreso Psiquiátrica
❑ Resumen de Alta Psiquiátrico
❑ Evaluación de Abuso de Sustancias
❑ Notas de Progreso de Abuso de Sustancias
❑ Resumen de Alta de Abuso de Sustancias
❑ Resultado de Análisis de Orina y/o de Saliva
❑ Otro:

Yo entiendo que Lifeways tiene un registro de salud integrado que permite al personal de salud mental tener acceso a la información relacionada al tratamiento del uso de sustancias o cualquier otro servicio que he recibido en Lifeways; Por lo tanto, autorizo a los miembros del personal de Lifeways que necesiten acceso a mi información de salud protegida que accedan información mínima necesaria para tal fin. Esto es con garantía que mi información de tratamiento de salud de sustancias no será revisada en detalle y el hecho que estoy recibiendo tratamiento de abuso de sustancias no será desglosado a otros programas fuera de Lifeways sin mi autorización explicita por escrito a menos que sea requerida por la ley.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento avisando a Lifeways por escrito o verbalmente excepto al grado de que la información ya haya sido desglosada en respuesta a esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha: _____. Si yo no especifico la fecha de vencimiento, esta autorización se terminará en un (1) año.

He leído y entiendo los términos de esta Autorización de Desglose, Recibo o Uso de Información de Salud Protegida. Con mi firma abajo, yo voluntariamente autorizo el desglose, recibo y uso de mi información de salud protegida como es indicado arriba. Yo entiendo que la información divulgada con el permiso de esta autorización podría ser sujeta al re-desglose y no sería protegida bajo la ley federal. Negarse a firmar esta autorización no afectara la habilidad de recibir servicios.

Firma de ❑ Paciente o ❑ Representante Legal: **Fecha:**

Nombre de Guardian/Representante Legal (si aplica) *(Por favor Imprima)*: **Relación al Paciente:**

Firma de Testigo: **Fecha:** **Hora:**

Información divulgada de tratamiento de alcohol o drogas es protegida es protegida por las reglas de confidencialidad (42 CFR parte 2 y 45 CFR parte 160 y 164) Las reglas federales prohíben desglose adicional sobre sobre esta información a menos que desglose adicional sea permitido por escrito por la persona a quien le pertenece o sea permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para desglose de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de información de tratamiento de alcohol o droga para el propósito de juicio o investigación criminal.

Instrumento simple de investigación para el uso y abuso de alcohol y otras drogas (Simple Screening Instrument for Substance Abuse Self-Administered Form)

Instrucciones: Las preguntas que siguen son acerca del uso de alcohol y otras drogas. Pedimos rutinariamente estas preguntas de clientes más de 14 años. Por favor elija la respuesta más aplicable a usted. Sus respuestas se mantendrán privadas. Si usted tiene preguntas o cuestiones sobre esta información, usted puede esperar para hablar con un terapeuta/consejero antes de completar este cuestionario.

Durante los pasados 6 meses…

1. ¿Ha utilizado usted alcohol u otras drogas? (Por ejemplo; vino, cerveza, licor fuerte, marihuana, cocaína, heroína u otros narcóticos, estimulantes, barbitúricos, alucinógenos, o inhalables).
___ Sí ___ No

2. ¿Ha sentido usted que utiliza demasiado alcohol u otras drogas?
___ Sí ___ No

3. ¿Ha intentado usted reducir o parar de beber o de usar drogas?
___ Sí ___ No

4. ¿Ha ido usted en busca de ayuda debido a su uso de alcohol o drogas? ¿Como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, consejeros o un programa de tratamiento?
___ Sí ___ No

5. ¿Ha tenido usted algún problema de salud? Por ejemplo ha tenido usted:
___ Amnesia u otros períodos de pérdida de la memoria
___ Se ha lesionado la cabeza después de beber o de usar drogas
___ Ha tenido convulsiones, o temblores de nervios (delirium tremens), (“DTs”)
___ Ha tenido hepatitis u otros problemas del hígado
___ Se ha sentido enfermo, tembloroso o deprimido cuando ha parado de consumir alcohol o drogas
___ Ha tenido la sensación de tener insectos caminando debajo de la piel, después de que usted ha parado de usar drogas
___ Se ha lesionado después de beber o de usar drogas
___ Ha utilizado jeringuillas para usar drogas

6. ¿El beber alcohol o utilizar drogas le ha causado problemas entre usted y su familia o amigos?
___ Sí ___ No

(Voltee la página para el resto de las preguntas..)

7. ¿Su uso de alcohol o drogas le ha causado problemas en la escuela o el trabajo?
___ Sí ___ No

8. ¿Le han arrestado e ha tenido problemas legales? (Por ejemplo; por escribir cheques sin fondos, conducir mientras está intoxicado, por robar, o por posesión de droga)?
___ Sí ___ No

9. ¿Ha perdido usted la calma o se ha envuelto en discusiones o peleas al estar bajo la influencia de alcohol o drogas?
___ Sí ___ No

10. ¿Necesita usted consumir más alcohol y drogas para conseguir el efecto que usted desea?
___ Sí ___ No

11. ¿Pasa usted mucho tiempo pensando o intentando de conseguir alcohol u otras drogas?
___ Sí ___ No

12. ¿Cuándo está bebiendo o utilizando drogas, es más probable que usted haga algo que no haría normalmente, por ejemplo romper las reglas, no cumplir con la ley, vender objetos importantes para usted, o tener relaciones sexuales sin protección con alguien?
___ Sí ___ No

13. ¿Se siente usted mal o culpable sobre su uso de alcohol o uso de drogas?
___ Sí ___ No

Las próximas preguntas son sobre sus experiencias de vida.
14. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas con alcohol o drogas?
___ Sí ___ No

15. ¿Algún miembro de su familia ha tenido alguna vez problemas con alcohol o drogas?
___ Sí ___ No

16.¿Siente usted en este momento que tiene un problema con el alcohol o drogas?
___ Sí ___ No

Gracias por rellenar este cuestionario. Por favor devuelva este a la mesa de recepción. Sus respuestas serán compartidas solamente con su terapeuta o consejero, y se mantendrán privadas.

Cuestionario Sobre Salud del Paciente Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Durante las ultimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	**Nunca**	**Varios dias**	**Mas de la mitad de los dias**	**Casi todos los dias**
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin espereranza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energia	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir mal acerca de ti mismo – o que sea un fracas o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7. Tener difficultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podria dar cuenta –o de lo contrario esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _0_ **+** **+** **+** _____

=Total Score: _____

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario ¿ qué difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, su casa o relacionarse conotoras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto	**Algo difícul**	**Muy difícul**	**Extremadamente difícul**
☐	☐	☐	☐

Gracias por rellenar este cuestionario. Por favor devuelva este a la mesa de recepción. Sus respuestas serán compartidas solamente con su terapeuta o consejero, y se mantendrán privadas.

Name:_____

Date:_____

Salud general

Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.

		Excelente	Muy buena	Buena	Pasable	Mala
Global01	En general, diría que su salud es	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global02	En general, diría que su calidad de vida es.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global03	En general, ¿cómo calificaría su salud física?.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global04	En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar?.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global05	En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
Global09r	En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.).....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
		Completa-mente	**En su mayoría**	**Moderada-mente**	**Un poco**	**Para nada**
Global06	¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla?.....	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

© 2008-2017 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group

	En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
Global10r	¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

		Ninguno	**Leve**	**Moderado**	**Intenso**	**Muy intenso**
Global08r	En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1

Global07r	En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	☐ 0 **Ningún dolor**	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10 **El peor dolor imaginable**

Spanish (Universal)
04 January 2017

© 2008-2017 PROMIS Health Organization and PROMIS Cooperative Group