

Client ID: _____

CONTRATO DE TRATAMIENTO, CONSENTIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO

Qué debe esperar:

Primera cita: Su primera visita será con un terapeuta especializado en admisiones, quien le efectuará una evaluación de salud conductual. Al final de esta evaluación, usted y el terapeuta analizarán qué servicios son adecuados para usted. Se le asignará un proveedor clínico, quien será su coordinador de atención clínica. Se programará la siguiente cita antes de que se retire. Lo invitamos a que incluya a amigos y/o familiares en cualquier punto de su proceso terapéutico (con su permiso por escrito), y le recomendamos que lo haga.

- **Coordinador de atención clínica:** Este profesional podría ser un terapeuta, un administrador de casos u otro proveedor clínico, según el nivel de atención que usted necesite y acuerde recibir. Usted participará en la elaboración de su plan terapéutico con su coordinador de atención clínica. Este plan terapéutico es el “mapa de su atención”, e incluye las metas y los hitos específicos que usted desea lograr. También incluirá el asesoramiento clínico sobre cuándo puede esperar que concluya el tratamiento. Analizará qué tipos de servicios lo ayudarán a alcanzar sus metas. Su coordinador de atención clínica también podría derivarlo para una consulta con un psiquiatra o con un enfermero especializado en medicina clínica de ALLHEALTH NETWORK, para analizar su medicación.
- **Servicios médicos:** Como agencia de atención de la salud, ALLHEALTH NETWORK espera una coordinación frecuente con su médico de cabecera. Además, si el psiquiatra o el enfermero especializado le recetan medicamentos, habrá un control y una comunicación estrecha entre usted, el coordinador de atención clínica y nuestro personal médico.
- **Conclusión del tratamiento:** Nuestra meta es que su tratamiento sea exitoso. Cuando usted y su equipo de atención médica determinen que usted ha alcanzado las metas de su tratamiento, y ya no hace falta el tratamiento, el coordinador de atención clínica le dará el alta de la atención de ALLHEALTH NETWORK y le entregará derivaciones para la atención posterior, si las necesita.
- **Programación de citas:** ALLHEALTH NETWORK ofrece sus servicios en distintas sedes y horarios. Trabajamos para cubrir sus necesidades de programación de citas a nuestro leal entender; no obstante, su cita puede programarse para el horario escolar o laboral. Comuníquese con 303-730-8858 al menos 2 días hábiles antes si necesita cancelar o reprogramar una cita, de modo que podamos programar la consulta con otro cliente.
- **Citas perdidas:** Llame para cancelar las citas a las que no pueda asistir. Si no se presenta para una cita programada, lo llamaremos para preguntarle qué sucedió. Queremos conocer qué situación le impidió asistir, y trabajar con usted para resolver los problemas, eliminar obstáculos, tratar sus inquietudes, y colaborar con sus metas de recuperación rápidamente con una atención excepcional.
- **Una atención excepcional y un contacto sostenido:** Notifique a ALLHEALTH NETWORK de los cambios en su número de teléfono/domicilio y/o cobertura de seguro sin demoras, al teléfono 303-730-8858. Si no está satisfecho con los servicios, comuníquelo a cualquiera de sus proveedores, para que podamos resolver sus inquietudes. También puede llamar al Representante de los Clientes de ALLHEALTH NETWORK, al 303-347-6405, quien trabajará con usted para resolver las inquietudes que pudiera tener.
- **Decisión del cliente de interrumpir el tratamiento:** Si usted decide interrumpir el tratamiento antes de alcanzar sus metas, comuníquese con nosotros para que podamos cerrar su historia clínica. Si interrumpe el tratamiento sin comunicarse con nosotros, le notificaremos por carta que le estamos dando el alta, y le brindaremos información sobre recursos externos a ALLHEALTH NETWORK. Con su permiso por escrito, enviaremos sus historias clínicas al nuevo proveedor. Si le han recetado medicamentos, podemos brindarle un plan para dejar de tomarlos de manera segura. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una receta limitada (generalmente de 30 días) mientras encuentra otro proveedor. Su médico de cabecera podría estar en condiciones de continuar ofreciendo servicios de medicamentos. Darle el alta de ALLHEALTH NETWORK significa que no podrá recibir otros tratamientos ni medicamentos para su salud mental. Si quiere retomar el tratamiento, llame a nuestro Departamento de Admisiones al 303-730-8858.

Client ID: _____

Directivas Anticipadas

¿Qué es una Directiva Anticipada?

De acuerdo con CMS-2104-F, Sección 438.6 (i) (1) y la ley CRS 15-18.101-113 del estado de Colorado, todo adulto competente tiene el derecho de tomar determinaciones sobre tratamientos médicos, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar atención médica y de ejercer una directiva anticipada. Éstas son instrucciones escritas por usted que informan a su médico de su tratamiento preferido en el caso de su incapacidad. También le permiten designar a una persona responsable de tomar decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda hacerlo.

Estas leyes nos obligan a preguntar si usted tiene una directiva anticipada. Aunque no podemos ayudarle a completar directivas anticipadas, le proporcionaremos información y recursos para apoyar su proceso de toma de decisiones.

Colorado reconoce estas Directivas Anticipadas:

Testamento vital – (también conocido como Declaración de Tratamiento Médico). Este documento le dice a su médico cómo proceder con las medidas de mantenimiento de la vida si usted tiene una enfermedad terminal o está en un estado vegetativo persistente y no puede comunicar sus deseos. Un testamento vital, también le permitirá designar la donación de órganos y la designación de sus restos en caso de su fallecimiento.

Instrucción de RCP (resucitación cardiopulmonar) – Le permite expresar sus deseos acerca de cuáles métodos, si los hubiera, le gustaría que se empleen en caso de que su corazón o la respiración se detengan.

Poder duradero médico – Le permite nombrar a un encargado para la toma de decisiones en caso de que usted esté enfermo terminal y no pueda dar a conocer sus deseos. El encargado de la toma de decisiones se designará como su "agente" y se espera que tome decisiones sobre su atención cuando usted ya no pueda hacerlo.

Poder de Toma de decisiones – Permite la designación de un encargado para tomar decisiones, si no se ha designado ya, en caso que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Directivas Anticipadas y AllHealth Network

Las directivas anticipadas no son un requisito para que usted reciba atención en AllHealth Network. Es su responsabilidad proporcionar su directiva anticipada a AllHealth Network. Si usted nos proporciona su directiva anticipada, AllHealth Network brindará atención de acuerdo a sus deseos escritos, excepto como se reconoce en la Ley de Decisión de Tratamiento Médico de Colorado (C.R.S. 15-18-102). Usted puede enmendar o revocar una directiva anticipada informando al oficial de privacidad de AllHealth Network por escrito al 155 Inverness Drive West, Englewood CO 80221.

Si su proveedor se niega a cumplir con sus directivas anticipadas, Ud. puede:

- Llamar al Colorado Department of Public Health and Environment al: (303) 692-2980
- O escribir a: Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver CO 80246-1530 o ir a esta página web:
<http://www.colorado.gov/cs/Satellite/CDPHE-EM/CBON/1251589738636>

Este documento es solo para su información. No es un consejo legal sobre las directivas anticipadas. Si tiene alguna pregunta, consulte a un abogado que tenga experiencia con directivas anticipadas. Puede visitar www.coloradoadvancedirectives.com para obtener información adicional sobre cómo crear directivas anticipadas.

Client ID: _____

POLÍTICA DE HONORARIOS/FACTURACIÓN

Muchas gracias por elegir a Allhealth Network como su proveedor de atención de la salud conductual. Nos hemos comprometido a brindarle una atención destacada al costo más accesible. Para lograr estas metas, necesitamos su asistencia y su comprensión de nuestra política financiera.

TODOS LOS COPAGOS, LOS COSEGUROS, LOS DEDUCIBLES Y/O LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS SON DEBIDOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO.

- Yo intento que la responsabilidad para pago de servicios para mí y mis dependes es mía; el pago es requerido al tiempo de servicio, en excepción de un acuerdo financiero.
- Como cortesía, cuando presente su tarjeta de seguro vigente y válido, le facturaremos a su compañía de seguros. No obstante, la totalidad del saldo es su responsabilidad, independientemente de que la compañía de seguros pague o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de dicho contrato.
- Es su responsabilidad asegurarse que servicios son cubiertos por su compañía de seguros. Usted entiende que si la compañía de seguros no cubre ciertos servicios usted **puede** ser responsable por los costos de los servicios no cubiertos.
- Asistencia financiera está disponible para clientes calificados que están en los Estados Unidos legalmente and que presenten documentación de ingreso, dependes, y su dirección de domicilio. Una lista de documentos apropiados están disponibles a pedido.
- Es su responsabilidad asegurarse de que la tarjeta de seguro provista sea la más actualizada, y que toda la información personal sea correcta, incluidos su nombre, su fecha de nacimiento y el médico de cabecera (si corresponde). En el caso que su compañía de seguro cambie y no estamos en su proveedores aprobados, usted es responsable por el pago completo en el momento de servicio.
- La red Allhealth está autorizado para receiver pago directamente de su compañía de seguro.
- Nos reservamos el derecho a cobrarle \$35.00 como arancel por fondos insuficientes (ISF, por su sigla en inglés) sobre los instrumentos rechazados (cheques y/o transacciones de las tarjetas de crédito/débito).
- Nos reservamos el derecho de cobrarle \$30.00 como arancel por no presentarse sobre todas las citas canceladas sin aviso previo con 24 horas de anticipación.
- Nos reservamos el derecho de agregar el 25% a la cantidad total impaga, si su cuenta debe enviarse a una agencia de cobros independiente. Usted entiende que es responsable por todos los costos de colección incluyendo costos legales, 30% de los costos de recolección, y costos adicionales de la corte.
- Anualmente debe revisar esta política financiera y completar un formulario de admisión financiera

Consentimiento

Comprendo que con mi firma en este contrato de honorarios, presto mi consentimiento para el tratamiento y me comprometo a asistir periódica y puntualmente a todas mis citas. Comprendo que asistir a las sesiones me ayudará a alcanzar mis metas terapéuticas. Comprendo asimismo y consiento que dos citas pérdidas o cancelaciones tardías en 90 días, no pagar los copagos exigidos o cualquier combinación de estas faltas darán lugar a que se traspase mi atención a un nivel alternativo de atención, intentos de comunicarse conmigo, o mi baja como cliente en caso de que no responda. Comprendo que el pago se adeuda en el momento del servicio. Comprendo que los honorarios y aranceles adeudados deben pagarse para que se considere mi reincorporación. Se me invita a llamar a Admisiones al 303-730-8858 para ser considerado para servicios futuros

Firma del cliente_____
Fecha_____
Representante de ALLHEALTH NETWORK_____
Fecha

Client ID: _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE Y CONTRATO DE HONORARIOS

 Marque el que corresponda: Seguro nuevo Misma póliza/Diferente copago Seguro perdido Sin cambios

N.º de ID del cliente ____-____-____-____	Apellido del cliente	Nombre de pila	Media Inicial	Fecha de nacimiento del cliente
N.º de Seguro Social del cliente: ____-____-____-____	Fecha de vigencia de la póliza:			

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE por el CLIENTE

Relación con el cliente: (Marque su respuesta con un círculo)					SSN del responsable	
1) Cliente	2) Cónyuge	3) Dependiente	4) Padre/Tutor	5) Otro _____	____-____-____	____-____-____
Apellido responsable		Primer Nombre		Inicial media		Fecha de nacimiento del
Calle		Ciudad	Estado	Código postal		
Teléfono particular		Teléfono laboral y ext.		Lugar de empleo		

TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIA

Apellido del titular de póliza	Primer Nombre	SSN del titular de póliza
Nombre de la compañía de seguros		Fecha de nacimiento del titular de póliza
Empleador del titular de póliza		N.º de teléfono de la compañía de seguros
N.º de póliza	N.º de grupo	Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro

SEGURO SECUNDARIO (COMPLETAR ÚNICAMENTE SI TIENE UN SEGUNDO PLAN DE SEGURO)

Apellido del titular de póliza	Primer Nombre	Inicial media	SSN del titular de póliza
Nombre de la compañía de seguros			Fecha de nacimiento del titular de póliza
Empleador del titular de póliza			N.º de teléfono de la compañía de seguros:
N.º de póliza	N.º de grupo	Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro	

To Be Completed by Allhealth Network

Ingreso bruto anual	<u>DOCUMENTACIÓN SOBRE LAS TARIFAS ESCALONADAS</u>		
Cantidad de dependientes (Incluido el cliente)	TIPO DE COMPROBANTE DE INGRESOS	PORCENTAJE DE LOS CARGOS QUE DEBE PAGAR	
Cantidad de hijos dependientes	TIPO DE COMPROBANTE DE DEPENDIENTES	RESULTADO DE LA SOLICITUD DE MEDICAID	
TIPO DE DOCUMENTACIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE DOMICILIO			

He leído la Política sobre honorarios/facturación al dorso. Comprendo que los copagos y los deducibles son estimados, se basan en la información que ALLHEALTH NETWORK ha recibido de mi compañía de seguros, y están sujetos a cambio. He completado la información solicitada en su totalidad, y a mi leal saber y entender. Recibí una copia del formulario. **Estoy de acuerdo con asumir la responsabilidad y pagarle a Network los honorarios cedidos/los honorarios del seguro.**

Autorizo a AllHealth Network a divulgar mi información con todos los fines de reclamaciones y pago, según lo solicite mi compañía de seguros o un tercero pagador, y eximo a Allhealth Network de toda responsabilidad relacionada con dicha divulgación de información.

Cedo todos los beneficios y los derechos al pago de los servicios provistos por Allhealth Network, y autorizo que se efectúe el pago directamente a AllHealth Network por los terceros pagadores que brinden beneficios o paguen dichos servicios.

Firma del cliente

Fecha

Representante de ALLHEALTH NETWORK

Fecha

Client ID: _____

CONSENTIMIENTO CONJUNTO DE DECISIONES MEDICAS-HACER AUTORIDAD

_____ / ____ / ____
 Nino (a) menor o pabellon de adultos Fecha De Nacimiento I.D # Del Cliente

El responsable de la toma de decisiones medicas declara y atestiga que ellos pueden consentir legalmente a decisiones medicas, salud mental o tratamiento de uso de substancias para el listado arriba que es menor de edad/pabellon de adulto si se concidera necesario; aconsejable y apropiado(a) de AllHealth Network y sus empleados, terapeutas, contratadores, etc. Yo doy consentimiento bajo la siguiente autoridad:

- Nunca legalmente casado(a): Enumerar el nombre de ambos padres
 - _____
 - Nombre completo 1/relacion Nombre completo 2/relacion

- Legalmente casado(a): Enumerar el nombre de ambos padres
 - _____
 - Nombre completo 1/relacion Nombre completo 2/relacion

- Legalmente divorciado(a) o separado(a) con ordines de custodia del systema judicial:
 - Yo (nombre compelto/relacion) _____ declaro y doy fe que yo tengo decision medica exclusive para hacer autoridades para el listado nombrado debajo.
 - **Nombre de orta padre:** _____
 (Tener la capacidad de tomar decisions medicas no significa que el otro padre no tenga derecho a acceder a la informacion, a menos que una orden judicial anule la decision)
 - La toma decisions medica ed compartida:
 - _____
 - Nombre completo 1/relacion Nombre completo 2/relacion

- Tutor legal designato por un tercero por el tribunal
 - _____
 - Nombre Completo 1/relacion Nombre Completo 2/relacion

- El mismo menor que tiene por lo menos 12 anos de edad y desea dar su consentimiento para los servicios
 - Nota: A menos que busque servicios de uso de sustancias, esto requerirá la aprobación clínica antes de comenzar los servicios.

- Departamento de Recursos Humanos
 - Especificar representante y condado: _____
 - **Solo para ser utilizado por DHS:** Tamabièn autorizo (Nombre/Relaciòn) _____ para firmar todos y cada unos de los papeles necesarios para el tratamiento del menor/Sala de adultos ward listados arriba

Soy conciente de que en en la (Fecha)__, la cita para el hijo(a) menor/Guardian adulto Listado encima esta programado por el propocito de una evaluacion de **Salud Mental/o de sustancias** por AllHealth Network. Tambien soy conciente despues de esta evaluacion, Puede ser necesario, aconsejable y apropiado que el hijo (a) menor /Guardian adulto recibe tratamiento de AllHealth Network. Sin la generalidad de lo que el "tratamiento" puede implicar, Entiendo que puede implicar terapia individual y familiar,En grupo, psico-educacion, creacion de habilidades, el servicio de emergencias, orientacion, coordinacion del cuidado, el medicamento o una combinacion de una o mas de estas cosas.

LOS PADRES O LOS GUARDIANES LEGALES CON AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES FIRMAN LO SIGUIENTE:

Firma del Padre/I Guardian Legal/Representante de Recursos Humanos	Date _____/_____/_____
Firma del Padre/I Guardian Legal/Representante de Recursos Humanos	Date _____/_____/_____
Firma del personal de AllHealth Network que reviso la informacion	Date _____/_____/_____

Client ID _____

CONSENTIMIENTO DE ALLHEALTH NETWORK

Sí **No** **Consentimiento para el tratamiento:** Voluntariamente presto mi consentimiento para mi evaluación y tratamiento, o para la evaluación o el tratamiento de mi hijo o tutelado menor de edad, por parte de proveedores de atención médica calificados en ALLHEALTH NETWORK. Tengo conocimiento de que la atención y el tratamiento no son ciencias exactas y reconozco que no se me han otorgado garantías como resultado del tratamiento. Comprendo que tengo derecho a consentir, o a negarme a consentir, un tratamiento propuesto, y tengo derecho a una segunda opinión sobre mi diagnóstico y mi plan personalizado de tratamiento.

Sí **No** **Consentimiento para el contacto de seguimiento:** Autorizo al personal de ALLHEALTH NETWORK para que se comunice conmigo después de mi alta de sus servicios para obtener información a exclusivos fines de seguimiento. Toda la información obtenida por ALLHEALTH NETWORK será confidencial, según lo definen las leyes y las reglamentaciones estatales y federales.

Sí **No** **Consentimiento para los servicios de telepsiquiatría:** En caso de que necesite Servicios psiquiátricos en una sede de ALLHEALTH NETWORK cuando el médico recetante no está en la misma sede, autorizo al personal de ALLHEALTH NETWORK para utilizar servicios de telepsiquiatría. La telepsiquiatría es la prestación de servicios psiquiátricos mediante sistemas audiovisuales electrónicos cuando el psiquiatra y el cliente no se encuentran en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos que se emplean en telepsiquiatría incorporan funciones de seguridad de la red y del software para proteger la confidencialidad de la información de los clientes y de los datos audiovisuales. Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría durante el curso de mi atención en cualquier momento. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telepsiquiatría. Comprendo que la tecnología empleada por el médico recetante está encriptada para evitar el acceso no autorizado a mi información médica privada. Comprendo retirar mi consentimiento no afectará la atención o el tratamiento futuros. Comprendo que el médico recetante tiene derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría durante el curso de mi atención en cualquier momento.

Sí **No** ¿Tiene directivas anticipadas? Las directivas anticipadas son instrucciones escritas que expresan sus deseos sobre los tipos de atención médica que desea recibir en casos de emergencia. Si así lo desea, podemos incorporar una copia de sus directivas anticipadas en su historia clínica. Si no las tiene, puede hablar con su médico de cabecera o llamar a su seguro o a la organización de Medicaid.

Mediante mis iniciales al pie, reconozco que me han entregado/ofrecido una copia de lo siguiente:

- _____ Información de quejas de AllHealth Network y copias de todos los documentos firmados
- _____ Contrato de tratamiento, consentimiento y acuse de recibo
- _____ Declaración de derechos de privacidad, incluida la Confidencialidad de la drogodependencia y el alcoholism
- _____ Información financiera del cliente y política financier

Firma del cliente/tutor_____
Fecha de nacimiento del cliente_____
Nombre en letras de imprenta_____
Fecha de la firma_____
Witness of AllHealth Network_____
Date

Client ID _____

Formulario Demográficos- Las siguientes preguntas se refieren a varias cosas, incluyendo la raza, la etnia y la identidad de género. Al responder estas preguntas, ayudara a AllHealth Network a brindarle un mejor servicio. Sus respuestas nos permitirán brindar programas y servicios más personalizados para garantizar que todos los clientes reciban la mejor atención posible al satisfacer las diversas necesidades de nuestra comunidad. Sus respuestas se mantendrán confidenciales. Favor de responder lo mejor que pueda.

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____																										
<p>¿Cuáles son sus pronombres? (Seleccione una opción)</p> <input type="checkbox"/> Él/Él/Suyo <input type="checkbox"/> Ella/Su/Sus <input type="checkbox"/> Él/Ella/Ellos/Ellas <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas/Los Suyos <input type="checkbox"/> Ella/Ellas/Ellos <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<p>¿Cuál es su orientación sexual? (Seleccione una opción)</p> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gays/Lesbianas <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<p>¿Cuál es su sexo asignado al nacer?</p> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre																								
<p>Arreglo de vivienda (seleccione las que correspondan):</p> <input type="checkbox"/> Solo (a) <input type="checkbox"/> Con madre <input type="checkbox"/> Con padre <input type="checkbox"/> Con hermanos (as) <input type="checkbox"/> Con tutor (a) <input type="checkbox"/> Con parientes <input type="checkbox"/> Con pareja/otro significativo <input type="checkbox"/> Con cónyuge <input type="checkbox"/> Con niños <input type="checkbox"/> Con persona no relacionada (s) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo (s)	<p>Estado Civil: (Favor de escoger una)</p> <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Casado separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	<p>¿Cómo describe su género? (favor de escoger uno)</p> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Nobinario, género queer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no responder																								
<p>Lugar de residencia: (favor de escoger uno)</p> <input type="checkbox"/> Independiente (solo o con familia) <input type="checkbox"/> Residencial/ grupo de tratamiento <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos <input type="checkbox"/> Hogar de asistencia <input type="checkbox"/> Casa de medio camino <input type="checkbox"/> ATU (solo para adultos) <input type="checkbox"/> Hogar de vida sobria <input type="checkbox"/> Pensión (adulto) <input type="checkbox"/> Hogar de grupo (solo adultos) <input type="checkbox"/> Hogar de acogida (jóvenes) <input type="checkbox"/> Otro centro residencial <input type="checkbox"/> Centro residencial (adulto) <input type="checkbox"/> Centro correccional																										
<p>Contacto de emergencia</p> Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____																										
<p>Miembros de la familia en el hogar:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nombre:</td> <td style="width: 33%;">Relación:</td> <td style="width: 33%;">Fecha de nacimiento:</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>			Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:																								
_____	_____	_____																								
_____	_____	_____																								
_____	_____	_____																								
_____	_____	_____																								
_____	_____	_____																								
_____	_____	_____																								
_____	_____	_____																								

Client ID _____

<p><u>Función principal actual:</u> (favor de escoger uno, tenga en cuenta que estas son categorías designadas por el estado)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado (tiempo completo 35+ horas/semana) <input type="checkbox"/> Empleado (tiempo parcial ≤ 35 horas/semana) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo <input type="checkbox"/> Estudiante (se aplica solo a los 0-18 años) <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Ama De Casa <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Preso</p>		<p><u>Discapacidades:</u> (Elija todos lo que aplican)</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sordo/Pérdida auditiva severa <input type="checkbox"/> Ciego/perdida severa de visión <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo</p>	
<p><u>Ingreso familiar anual:</u> \$ _____ Número de personas sustentadas por este ingreso: _____ Número de hijos dependientes sostenidos por ingresos: _____</p>		<p><u>¿El cliente recibió beneficios por incapacidad?:</u> (Elija uno)</p> <p><input type="checkbox"/> SI, SSDI <input type="checkbox"/> SI, SSI <input type="checkbox"/> Ninguno</p>	
<p><u>¿El cliente tiene antecedentes de trauma?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> In Seguro</p>			
<p><u>Estado educativo:</u> (seleccione la opción completada más reciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Pre-Kínder <input type="checkbox"/> Kínder <input type="checkbox"/> Grado 1 <input type="checkbox"/> Grado 2 <input type="checkbox"/> Grado 3 <input type="checkbox"/> Grado 4 <input type="checkbox"/> Grado 5 <input type="checkbox"/> Grado 6 <input type="checkbox"/> Grado 7 <input type="checkbox"/> Grado 8 <input type="checkbox"/> Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado</p>		<p><u>Uso de tabaco:</u> (favor de elegir uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Fumador actual/usuario de tabaco- Diario <input type="checkbox"/> Fumador actual/ usuario de tabaco- Periódicamente <input type="checkbox"/> Exfumador/ usuario de tabaco <input type="checkbox"/> Nunca fumador/ usuario de tabaco <input type="checkbox"/> Se desconoce si alguna vez fumo o uso tabaco</p>	
<p><u>Información de la escuela si actualmente está en la escuela:</u></p> <p>Nombre de escuela: _____</p> <p>Dirección de escuela: _____</p>			
<p><u>Historial de servicios de salud mental:</u> (Elige todo los que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente Interno Número de días Interno: _____ <input type="checkbox"/> Paciente externo <input type="checkbox"/> Otro centro-cuidado de 24 horas <input type="checkbox"/> Cuidado parcial <input type="checkbox"/> Ninguno</p>		<p><u>Díganos que cree que contribuyo a presentar el problema:</u> (seleccione todos los que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Antecedentes/ relación de padres/familiares <input type="checkbox"/> Discriminacion (cualquier forma) <input type="checkbox"/> Genética <input type="checkbox"/> Aislamiento/desconexión <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Espiritualidad/Religión <input type="checkbox"/> Abuso físico, emocional y/o intimidación <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Luchas financieras <input type="checkbox"/> Relación/pareja romántica <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Enfermedad física crónica <input type="checkbox"/> Participación legal/ departamento de servicios humanos <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	
<p><u>Historial de servicios de salud mental:</u> (Elige todo los que corresponda)</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente Interno Número de días Interno: _____ <input type="checkbox"/> Paciente externo <input type="checkbox"/> Otro centro-cuidado de 24 horas <input type="checkbox"/> Cuidado parcial <input type="checkbox"/> Ninguno</p>		<p><u>Servicios anteriores o concurrentes:</u> (Elige todos los que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Justicia juvenil <input type="checkbox"/> Correcciones para adultos <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Bienestar infantil <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Ninguno</p>	
<p><u>Presencia de problema de salud mental:</u> (favor elige uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Mas de 1 año <input type="checkbox"/> Un año o menos</p>		<p><u>¿El cliente es un veterano?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
		<p><u>Numero de arrestos en los últimos 30 días:</u></p> <p>_____</p>	

Client ID _____

¿Cuáles es tu raza o etnia? (seleccione todos los que correspondan E ingrese detalles adicionales en el espacio a continuación) Negarse a proporcionar información Blanco Alemán Irlandés Inglés Italiano Polaco Francés Otros: _____ Negarse a proporcionar detalles adicionales Hispano o latino Mexicano o Mexicano-Americano Puertorriqueño Cubano Salvadoreño Dominicano Colombiano Otros: _____ Declinar proporcionar detalles adicionales Negro o afroamericano Afroamericano , jamaicano, haitiano, nigeriano , etíope, somalí Otros: _____ Declinar proporcionar detalles adicionales Asiático Chino , Filipino , Asiático, Indio, Vietnamita , Coreano , Japonés Otros: _____ Declinar proporcionar detalles adicionales Indio americano o nativo de Alaska Entra, por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu de los Pies Negros, los Aztecas Mayas, etc.:

 Negarse a proporcionar detalles adicionales Oriente Medio o Norte de África Libanés Iraní Egipcio Sirio Marroquí Israelí Otros: _____ Declinar proporcionar detalles adicionales Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Nativo de Hawái, Samoano, Chamorro, Tonga , Fiyiano , Marshallés Otros: _____ Declinar proporcionar detalles adicionales

Client ID _____

Cuestionario de Determinantes Sociales de la Salud

Nos gustaría tener una mejor comprensión de las necesidades ambientales que pueden estar afectando negativamente su salud mental. Responda a las preguntas a continuación con respecto al cliente que atenderemos y su médico puede discutir los recursos apropiados, si es necesario.

1. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comiste menos de lo que sentías que debías porque no había suficiente dinero para comer? Sí No
2. ¿En los últimos 12 meses has necesitado comprar ropa pero no has podido? Sí No
3. ¿Le preocupa que en los próximos 2 meses no tenga una vivienda estable?
 Sí No
4. ¿Tiene algún problema de salud física para el que no está recibiendo la atención adecuada?
 Sí No

Client ID _____

Pruebas de Detección de Trauma en Niños y Adolescentes (CATS) - Informe de Jóvenes

Nombre: _____ Fecha: _____

A muchas personas les suceden acontecimientos estresantes o aterradores. A continuación se muestra una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces suceden. Marca Sí si te ha pasado. Marque No si no le sucedió a usted.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Desastre natural grave como una inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Accidente o lesión grave como un accidente automovilístico / bicicleta, mordedura de perro o lesión deportiva. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Amenazado, golpeado o gravemente herido dentro de la familia. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Amenazado, golpeado o herido gravemente en la escuela o en la comunidad. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Atacado, apuñalado, baleado o robado por amenaza. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Ver a alguien de la familia amenazado, golpeado o gravemente herido. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Ver a alguien en la escuela o en la comunidad amenazado, golpeado o gravemente herido. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Alguien que te hace cosas sexuales o te obliga a hacer cosas sexuales cuando no podías decir que no. O cuando te obligaron o presionaron. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. En línea o en las redes sociales, alguien que te pide o te presiona para que hagas algo sexual. Como tomar o enviar fotografías. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Alguien te intimida en persona. Decir cosas muy malas que asustan. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Alguien te acosa en línea. Decir cosas muy malas que te asustan. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Alguien cercano a ti que muere repentina o violentamente. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Procedimiento médico estresante o aterrador. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Estar cerca de la guerra. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Otro evento estresante o aterrador? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Describe: _____

Desarrollado por el Prof. Lutz Goldbeck (Ph.D.) y la Prof. Lucy Berliner (Ph.D.), el cuestionario Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) es un instrumento de detección breve y de libre acceso basado en los criterios del DSM-5 para enfermedades postraumáticas. Trastorno de estrés (TEPT). No hay derechos de autor ni derechos de licencia asociados con la evaluación.

Client ID _____

Información médica del cliente

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Responda las siguientes preguntas relacionadas con su salud:

- ¿Cuándo fue su último examen físico anual?
 - Nunca 0-12 Meses 1-5 años 5+ años Desconocido
- ¿Cuándo fue su última cita con el dentista?
 - Nunca 0-12 Meses 1-5 años 5+ años Desconocido
- ¿Usa una prótesis auditiva? Sí No
- ¿Usas anteojos o lentes de contacto? Sí No
- ¿Están sus vacunas al día? Sí No Desconocido
- ¿Estás embarazada? Sí No N/A

2. Haga una lista de todos los medicamentos de venta libre recetados o de uso frecuente:

	Nombre	Dosis	Frecuencia	Prescriptor
1.	_____			
2.	_____			
3.	_____			
4.	_____			
5.	_____			
6.	_____			
7.	_____			
8.	_____			

3. Información del proveedor:

Nombre del médico de atención primaria/agencia: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____

Firma del cliente o padre/tutor legal: _____ Fecha: _____



Client ID _____

155 Inverness Drive West Englewood CO 80112

PERMISO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN O AUTORIZACIÓN PARA 42 C.F.R. PARTE 2

Yo, _____ / _____ / _____
Nombre del Consumidor Inicial del 2do. Nombre Apellido Fecha de Nacimiento del Consumidor

AllHealth Network a obtener información y compartir información con: mi compañía de seguros de salud identificada incluyendo Medicaid o Medicare

La información relacionada con el Abuso de Sustancias puede incluir:

- | | |
|--|--|
| Evaluación/Diagnóstico/Antecedentes Familiares | Información Médica/ Medicaciones Prescriptas |
| Resumen y Recomendaciones de Tratamiento | Historia y Tratamiento de Drogas/ Alcohol |
| Pruebas Psicológicas/Consultas | Planes de Servicios |

Al marcar esta casilla, autorizo a AllHealth Network a divulgar mi información de salud, incluida la información relacionada con mi tratamiento para el abuso de alcohol y / o drogas, con el propósito de que AllHealth Network presente reclamaciones de pago a mi compañía de seguros. (Los servicios no pueden ser condicionados o rechazados si el consumidor se niega a firmar.)

Entiendo que la información a ser divulgada/autorizada puede contener información relativa a la siguiente condición(es):

- | | |
|--------------------------------|---|
| Abuso de Drogas | Condiciones Psiquiátricas /Tratamiento |
| Alcoholismo o Abuso de Alcohol | VIH / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ (SIDA) |

Entiendo que AllHealth Network no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios conforme firme o no.

Si la información a ser divulgada/ autorizada se refiere al diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y abuso de drogas, entiendo que la confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2. Entiendo que puedo revocar esta autorización o permiso en cualquier momento mediante notificación verbal escrita a AllHealth Network, excepto en la medida en que ya se hayan adoptado medidas basadas en ella. Sin dicha revocación, esta autorización expirará el ____ / ____ / _____, o si se deja en blanco, dos años a partir de la fecha de mi firma, o como resultado de la acción o evento de _____.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este formulario sujeto a las condiciones indicadas arriba o si firmo tengo derecho a una copia del formulario firmado

Firma del Consumidor/Padre/Representante Legal

Relación con Consumidor

Fecha

Testigo

AVISO A QUIÉN SE DARÁ ESTA INFORMACIÓN: Esta información se le ha suministrado a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que ésta esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o como está permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

* Una copia / facsímil de este Permiso de Divulgación / Autorización es tan válida como el original.

** Si es aplicable, una evaluación de la cantidad mínima necesaria de información requerida se ha aplicado a este permiso de divulgación/ autorización.

Client ID _____

Aviso de derechos del cliente

Como un cliente en red AllHealth, usted tiene ciertos derechos. Es importante que sepa cuáles son esos derechos. Si usted tiene preguntas sobre estos derechos, por favor llame al 303-347-6405. Queremos ayudarle a entender sus derechos. Queremos para asegurarse de que está siendo tratado bastante.

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratados con respeto y debida consideración de su dignidad y su privacidad
- Ser tratados por igual sin discriminación basada en raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, género, condición económica, afiliación política, orientación sexual o discapacidad
- Obtener servicios culturalmente apropiados y competentes de AllHealth red proveedores
- Obtener servicios de un proveedor que hable su idioma o servicios de interpretación en cualquier idioma es necesario
- Obtener información de una manera que usted puede entender fácilmente
- Ser parte de las discusiones sobre lo necesario y tomar decisiones sobre su atención con sus proveedores
- Tienen un plan individual de servicios y ser parte del desarrollo.
- Obtener una explicación completa de nosotros acerca de:
 - Usted o su hijo diagnóstico y condición,
 - Diferentes tipos de tratamiento que pueden estar disponibles,
 - Qué tratamiento o medicación puede funcionar mejor, y
 - Lo que puede esperar
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como medio de convencer para hacer algo que no puede hacer, como castigo o para conveniencia del personal
- Saber sobre las tarifas que puede cobrar
- Para solicitar un cambio en las personas su atención.
- Notificará rápidamente de cualquier cambio en los servicios o proveedores de
- Obtenga información por escrito sobre las directivas médicas anticipadas
- Obtener una segunda opinión si usted tiene alguna pregunta o desacuerdo sobre su tratamiento
- Realizar una queja (reclamo) sobre su tratamiento en red AllHealth sin represalias. Usted puede elegir a alguien para que lo represente cuando usted presenta una queja.
- Obtener información acerca de y ayuda con quejas y apelaciones
- Tienen una independiente abogar por ayuda con sus preguntas, problemas o dudas sobre el sistema de salud mental
- Expresar una opinión AllHealth servicios de red de agencias del estado, cuerpos legislativos o los medios de comunicación sin los servicios afectados
- Ejercer sus derechos sin ningún cambio en el trato concertado AllHealth le
- Tienen su privacidad respetada. Su información personal sólo se puede lanzar a otros cuando usted da su permiso o cuando permitido por la ley. Hay excepciones a esto que se pueden encontrar en el aviso de prácticas de privacidad.
- Conocer los registros que se mantienen en usted mientras esté en tratamiento y que puede tener acceso a sus registros
- Obtener copias de sus registros de tratamiento y planes de servicio y pida AllHealth red a cambiar sus registros si usted cree que son incorrectos o incompletos
- Para saber los nombres, estatus profesional y experiencia del personal que está prestando servicios
- Cualquier otro derecho garantizado por el estatuto o Reglamento (la ley)
- Para recibir servicios en el ambiente menos restrictivo, como permitido

Client ID _____

- Para saber que sexual intimidad en una relación profesional nunca es apropiado. Debe reportar esto al Departamento de agencias reguladoras.
- Tienen una directiva anticipada y red AllHealth cumplen con ella.

Derechos adicionales

Si usted está recibiendo tratamiento en unidad de tratamiento agudo (ATU) AllHealth red o unidad de estabilización de Crisis (CSU), tiene estos derechos adicionales:

- Recibir y enviar correo; no hay correo entrante o saliente se abrió, retrasado, llevó a cabo o censurado por AllHealth red
- Tener acceso a materiales para escribir carta incluyendo gastos de envío y tener personal miembros ayuda escribir y enviar cartas
- Para tener acceso a un teléfono, tanto para hacer y recibir llamadas en privado
- Para poder cumplir con los visitantes
- Para usar su propia ropa cumple con normas de seguridad para la unidad
- Negarse a tomar medicamentos psiquiátricos, a menos que el tribunal ordene para usted a medicamentos o es un peligro inminente para sí mismo o a otros
- A no ser las huellas digitales a menos que requerido por la ley
- Negarse a ser fotografiado excepto para identificación de instalaciones y los propósitos administrativos de las instalaciones
- Para recibir aviso de 24 horas antes de ser trasladado a otra institución, a menos que haya una emergencia y que red AllHealth notificar a alguien de su elección sobre la transferencia
- Conservar y consultar con un abogado
- Tener la oportunidad de votar en las elecciones primarias y generales

Cómo quejarse acerca de sus servicios

Si usted no está satisfecho con la red AllHealth puede hablar a un representante del cliente al AllHealth red. Vamos a intentar hacer las cosas mejor y ayudar a que arreglar cualquier problema que pudiera tener. Para presentar una queja, llame al 303-347-6405. Le llamaremos volver dentro de 2 días hábiles. Trabajamos duro para solucionar su queja rápidamente; Usted escuchará de nosotros otra vez en no más de 15 días hábiles desde la fecha que se quejó.

Para hacer una queja por escrito, póngase en contacto con:

Red AllHealth Attn: Representante de cliente
155 Inverness Dr. W.; Suite 200
Englewood, CO 80112

Otros números importantes

Usted tiene el derecho de entrar en contacto con personas fuera de red AllHealth acerca de sus preocupaciones. Estos son algunos lugares que desee en contacto con.

- Departamento de agencias reguladoras (DORA) en 303-894-7855 o 800-886-7675 o www.Colorado.gov/Dora o en 1560 Broadway Suite 110, Denver, CO 80202
- Señal en 303-639-9320 o 6130 Greenwood Plaza Blvd., Greenwood Village, CO 80111

Client ID _____

- Administracion de salud mental en el 303-866-7400 o 710 S. Ash St. Suite C140, Denver, CO 80243.
- Salud conductual en 303-751-9030 o 1-800-984-9133 de acceso

- Departamento de salud política y financiación (HCPF) llamando al (303) 866-3513, llame sin cargo al 1 (800) 221-3943, o en 1570 Grant Street, Denver, Colorado 80203
- Ombudsman de atención administrada de Medicaid en (303) 830-3560, llame sin cargo al 1 (877) 435-7123, o TTY al 1 (888) 876-8864
- Su compañía de seguros (a menudo quejas pueden ser aceptadas en línea o llamando al Departamento de servicios de miembros