



Josephine County

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PAQUETE PARA EL PACIENTE NUEVO

www.adaptoregon.org

actualización del paquete 8/25/23

Estimado paciente nuevo:

¡Bienvenido a Adapt Integrated Health Care! Nos complace involucrarnos en su salud.

En Adapt Integrated Health Care, no hay opciones incorrectas para la atención médica. Ya sea que busque atención médica, atención de la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias, nuestros proveedores y personal trabajan juntos para satisfacer sus necesidades de atención médica. Recibimos a pacientes de todas las edades: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Como paciente de Adapt Integrated Health Care, usted y su proveedor trabajarán junto con otros profesionales de la salud para coordinar su atención médica. Este es su equipo de atención médica. La persona más importante del equipo es usted. Cuando tenga inquietudes relacionadas con su salud, su equipo de atención médica le ayudará a obtener los servicios que necesita, cuando los necesita.

Su equipo de atención médica mantendrá un registro completo de sus antecedentes médicos, estado de salud, medicamentos, resultados de pruebas, información de autocuidado y atención recibida de otros médicos. Al conocerlo, su equipo puede ayudarlo a entender sus necesidades de atención médica y proporcionarle la información que necesita para gestionar su salud.

Para comenzar, solo llame o visite nuestra oficina para programar su primera cita. En las siguientes páginas, encontrará información que lo ayudará a prepararse para su cita de paciente nuevo para atención médica, atención de la salud mental o tratamiento por abuso de sustancias. Nuestro personal lo ayudará a completar la documentación de paciente nuevo y discutirá con usted las opciones de facturación a seguros o de pago. Si quiere acelerar su primera visita, complete nuestro paquete para el paciente nuevo con anticipación. Puede imprimir los formularios en casa o solicitar que le envíen un paquete por correo. Le proporcionaremos un sobre de devolución con su dirección y sello.

Gracias por elegir Adapt Integrated Health Care como su hogar de atención médica.

Sinceramente,

Su equipo de Adapt Integrated Health Care

Información para pacientes nuevos

Sedes de clínicas Adapt, números telefónicos y horarios de atención

	Teléfono	Horario	Fuera del horario
Patient-Centered Primary Care			
Clínica de atención primaria de Roseburg 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 440-3500	Lunes a jueves, 7am-6pm Viernes, 7am-5pm Cerrado sábados y domingos	Servicio de respuesta fuera del horario de atención (541) 440-3500
Clínica de atención primaria de Winston 671 SW Main Street, Winston, OR 97496	(541) 492-4550	Lunes a jueves, 7am-6pm Viernes, 7am-5pm Cerrado sábados y domingos	
Sedes de servicios de salud mental			
Oficina de Roseburg 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 440-3532	Lunes a viernes, 8am-5pm Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (800) 866-9780
Oficina salud mental para jóvenes y familias-Roseburg 548 SE Jackson Street, Roseburg, OR 97470	(541) 229-8434	Lunes a viernes, 8am-5pm Cerrado sábados y domingos	
Servicios psiquiátricos-Roseburg 621 W Madrone, Roseburg, OR 97470	(541) 229-8973	Lunes a viernes, 8am-5pm Cerrado sábados y domingos	
Oficina de Reedsport 680 Fir Street, Reedsport, OR 97467	(541) 440-3532	Por cita	
Sedes de servicios de tratamiento por abuso de sustancias			
Oficina de Grants Pass 356 NE Beacon Drive, Grants Pass, OR 97526	(541) 474-1033	Lunes, martes, jueves y viernes, 8am-5pm Cerrado los miércoles, 1-3 Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 474-5360
Oficina de Roseburg 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 492-0152	Lunes a viernes, 8am-5pm Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (800) 866-9780

Portal del Paciente

Para la comunicación no urgente con su proveedor, le pedimos que se inscriba en el Portal del Paciente seguro en línea. El Portal del Paciente es una forma rápida y fácil de revisar su información de salud, programar citas y comunicarse con su proveedor. Como paciente nuevo, recibirá instrucciones sobre cómo registrarse al Portal del Paciente. Si tiene preguntas o necesita ayuda, hable con un miembro de su equipo de recepción.

Resurtido de recetas

Cuando necesite resurtir una receta, llame a directamente a su farmacia, incluso si no quedan resurtidos. La farmacia se contacta con su equipo de atención médica y coordina las solicitudes de resurtido directamente con ellos. Espere 72 horas para que le resurtan las recetas.

Preguntas sobre la facturación

Si tiene preguntas sobre su extracto, póngase en contacto con la oficina de facturación a través del número de teléfono que aparece en su extracto.

Escala de precios móvil y aplicación de descuentos

Adapt Integrated Health Care es el proveedor elegido por la mayoría de los principales planes de seguro de salud y damos recibimos a pacientes con cobertura de Oregon Health Plan y Medicare. Si no está asegurado, ofrecemos un descuento en la tarifa según la escala móvil que depende del tamaño de la familia/hogar y los ingresos netos. Ninguna persona es rechazada por no poder pagar. Consulte nuestra Solicitud para descuentos financieros en este paquete para obtener más información.

Campus libre de tabaco y nicotina

Por la salud y la seguridad de nuestros pacientes y personal, Adapt Integrated Health Care es un campus libre de tabaco y nicotina. Esto significa que está prohibido fumar y utilizar productos de tabaco o nicotina en todo momento y en todas las instalaciones. Si desea dejar de consumir tabaco, hable con un miembro de su equipo de atención médica.

Política sobre animales de servicio

Solo se permiten dentro de la clínica los animales de servicio entrenados para realizar trabajos o tareas para una persona con discapacidad. Hable con un miembro de su equipo de atención médica para obtener más información (hay información disponible en https://www.ada.gov/service_animals_2010.htm).

Hogar de atención primaria centrado en el paciente

Somos un hogar de atención primaria centrado en el paciente. Obtenga más información en <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-pcpch/Pages/index.aspx>.

Somos una instalación considerada FTCA

Este centro de salud recibe fondos del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS) de los EE. UU. y tiene un estatus considerado por el Servicio de Salud Pública de los EE. UU. (PHS) con respecto a ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos los reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus personas cubiertas. Obtenga más información en <https://bphc.hrsa.gov/ftca/about/index.html>.

Cómo prepararse para su primera consulta de tratamiento por consumo de sustancias

Ofrecemos atención integral continua para personas y familias con trastornos por consumo de sustancias; desde desintoxicación médica y atención residencial hasta tratamiento ambulatorio y atención después del alta. Nuestros orientadores altamente capacitados y dedicados adoptan un enfoque integral de la atención, que trata la mente, el cuerpo y el espíritu, para ayudar a cada persona en su camino personal hacia la salud y recuperación de por vida.

A quiénes brindamos servicios

Tenemos servicios de tratamiento por consumo de sustancia disponibles para adolescentes y adultos. Los servicios se brindan en los condados de Douglas, Coos, Curry y Josephine.

Cómo prepararse para su primera cita de tratamiento por consumo de sustancias

- ****LE AGRADECEMOS QUE NO TRAIGA NIÑOS A LA CITA DE EVALUACIÓN****
- Tome en cuenta que su primera cita puede durar hasta 2 ½ horas. Prepárese para realizar una prueba de dopaje de orina y traiga la siguiente información a su cita (si corresponde).
- Lleve una identificación con foto (un documento de identidad actual emitido por el estado o el Gobierno federal), por ejemplo, licencia de conducir, tarjeta de identificación o pasaporte.
- Lleve su tarjeta del seguro a todas las citas.
- Haga una lista completa de todos los medicamentos que toma actualmente (incluya vitaminas y suplementos) o traiga los envases a su cita o traiga una impresión de sus medicamentos actuales de su farmacia.
- Verificación de su ingreso y solicitud de tarifa reducida
- \$9.00 para DUII manual
- Remisión de DUII de ADES y registro de conducción de DMV
- Documentos judiciales

Citas: Programación, reprogramación o cancelación

Comuníquese con nuestra oficina por el (541) 474-1033 en caso de tener preguntas o si necesita reprogramar su cita. Esto nos permite ofrecerle el turno a otro paciente.

Inasistencia sin justificación al tratamiento de grupo

Se espera que asista al grupo, y esto es muy importante para el éxito de su tratamiento. Varias inasistencias sin justificación **PUEDEN** ocasionar la suspensión del grupo y retrasos en su tratamiento.

Nuestros servicios

Servicios ambulatorios para adultos

- Servicios ambulatorios para adultos y tratamiento intensivo ambulatorio
- Programa de tratamiento por opioides
- Tratamiento para la adicción al juego
- Servicios de tratamiento de DUII
- Servicios de apoyo de pares
- Atención después del alta y apoyo

Tratamiento residencial para adultos

- Tratamiento residencial para adultos
- Desintoxicación médica subaguda

Tratamiento para niños y familias

- Tratamiento ambulatorio para jóvenes
- Tratamiento residencial para jóvenes
- Madres en recuperación

Vivienda y tratamiento diurno

- Tratamiento diurno para un nuevo comienzo

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
Nombre legal complete:			
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
Nombre preferido:			
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Apellido al nacer:	
Número del Seguro Social:		Número de la licencia de conducir:	
Dirección de correo:			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Dirección del domicilio particular (Si es diferente):			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Teléfono (marque su teléfono principal):			
☐ Teléfono fijo: _____		☐ Teléfono celular: _____	
☐ Mensaje: _____		☐ Email: _____	
Ocupación del paciente:		Empleador:	
Teléfono del empleador: _____			
Situación laboral (marque una): ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial ☐ Estacional/Temporal ☐ Autónomo			
☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Militar activo ☐ Discapacitado			
Situación del estudiante: ☐ Jornada completa ☐ Jornada parcial ☐ No es estudiante			
Nombre de la parte responsable (Complete si es una persona que no sea el paciente): _____			
Fecha de nacimiento: _____		Número del Seguro Social: _____	
Empleador: _____		Teléfono: _____	
INFORMACIÓN DEL SEGURO (Proporcione copias de sus tarjetas del seguro)			
Nombre del seguro primario:			
Número de grupo:		Número de póliza:	
Nombre del titular de la póliza (PH):		Fecha de nacimiento del PH:	
Número del Seguro Social del PH:		Relación del PH con el paciente:	
Nombre del seguro secundario (si corresponde):			
Número de grupo:		Número de póliza:	
Nombre del titular de la póliza (PH):		Fecha de nacimiento del PH:	
Número del Seguro Social del PH:		Relación del PH con el paciente:	

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

ESTADÍSTICAS SOBRE EL PACIENTE/CLIENTE

Como organización sin ánimo de lucro, recibimos fondos de subvenciones y estamos obligados a recopilar la siguiente información cada año. La información que nos proporcione es confidencial. **Marque una opción para cada pregunta** (respuesta relativa al paciente).

Idioma principal: ☐ inglés ☐ español ☐ Lenguaje de señas de los Estados Unidos

☐ Otro (especifique):

¿El paciente necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, encierre en un círculo cuál: ☐ Lengua extranjera ☐ Lenguaje de señas

¿Sería mejor que lo atiendan en un idioma que no sea el inglés? ☐ Sí ☐ No

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado legalmente ☐ Pareja doméstica

¿El paciente es un veterano? ☐ Sí ☐ No **¿Es hijo dependiente de un veterano?** ☐ Sí ☐ No

¿Es Cónyuge/Concubino de un veterano? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Fuente de referencia: ☐ Coordinador de promoción ☐ Amigo ☐ Familiar ☐ Medios de comunicación/periódico
☐ Radio ☐ Televisión ☐ Facebook ☐ Publicidad digital ☐ Correo directo ☐ Letrero publicitario

Estado de vivienda del paciente: ☐ Vehículo ☐ Inestable ☐ Temporal ☐ Permanente (estable)

☐ Centro de recuperación ☐ Otra

Estado sin hogar: ☐ En riesgo de quedarse sin hogar ☐ Niño en riesgo de sin hogar

☐ No sin hogar actualmente (sin hogar en los últimos 12 meses) ☐ Sin hogar refugio desconocido ☐ Vivir en un refugio

☐ Vivir con otros ☐ No sin hogar ☐ Vivienda de apoyo permanente ☐ Hotel de ocupación individual

☐ Calle, campamento, puente ☐ Vivienda de transición ☐ Veterano en riesgo de quedarse sin hogar ☐ Desconocido

Vivienda pública (sección 8/HUD): ☐ Sí ☐ No

¿Migrante o estacional? ☐ Migrante ☐ Estacional ☐ Ni

¿Grupo étnico del paciente? ☐ Hispano/Latino/a ☐ No Hispano/Latino/a ☐ No deseo contestar ☐ Desconocido

Raza (marque todas las que apliquen): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái

☐ Otra de las islas del Pacífico ☐ Nativo de Alaska ☐ Indígena de las Américas ☐ No deseo contestar

Afiliación tribal actual del paciente: ☐ No aplicable

☐ Burns Paiute Tribe ☐ Cow Creek Band of Umpqua Tribe ☐ Confederated Tribes of Grant Ronde

☐ Coquille Indian Tribes ☐ Confederated Tribes of Coos/Lower Umpqua/Siuslaw ☐ Confederated Tribes of Umatilla

☐ Confederated Tribes of Warm Springs ☐ Otra (especifique):

¿Recibe beneficios en efectivo del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No

Fuente de ingreso (marque uno): ☐ Sueldos/salario ☐ Asistencia pública ☐ Pensión de retiro/SSI

☐ Beneficio por discapacidad/SSDI ☐ Otra (especifique):

¿Grado escolar más alto Paciente completado?

Información adicional del paciente (por favor responda todas las preguntas)

Adapt es una organización sin fines de lucro comprometida a atender las necesidades de nuestra comunidad. Esta información nos ayudará a acceder a subvenciones adicionales para continuar ayudando a los residentes sin seguro y desatendidos y para identificar a los pacientes que pueden calificar para programas o servicios especiales. La información pasará a formar parte de su registro confidencial del paciente.

¿Cuál es su ingreso familiar bruto (antes de las contribuciones)? \$ (marque una) ☐ Por mes ☐ Por año

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?

Orientación sexual (*marque uno*): ☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Algo más/otra ☐ No sé ☐ Prefieres no contestar
☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Pansexual ☐ Queer ☐ Omnisexual ☐ Asexual

Identidad de género (*marque uno*): ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero (F a M) ☐ Transgénero (M a F)
☐ Otra ☐ No deseo contestar ☐ No binario/género queer ☐ Cuestionamiento de género ☐ Dos espíritus

Sexo del paciente asignado en el nacimiento (*marque uno*): ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersex
☐ Desconocido ☐ No en el certificado de nacimiento

Pronombre de preferencia (*marque uno*):

☐ she/her/ella ☐ he/him/él ☐ they/them/elle/ellx ☐ ze/hir/hirs ☐ ey/em/eirs ☐ xe/xm/xyrs ☐ ve/vir/vis
☐ Otro ☐ Nombre del paciente ☐ No deseo contestar ☐ Desconocido

Firma del paciente o tutor legal / Representante personal (*marque uno*)

Fecha

Aclaración del paciente

Relación, de no ser el paciente

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Fecha de hoy: _____

Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispano(a) y Latino(a/x)

- ☐ Centroamericano(a)
- ☐ Mexicano(a)
- ☐ Sudamericano(a)
- ☐ Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- ☐ CHamoru (chamorro(a))
- ☐ Marshalés(a)
- ☐ Comunidades de la región de Micronesia
- ☐ Nativo(a) de Hawái
- ☐ Samoano(a)
- ☐ Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanca

- ☐ De Europa del Este
- ☐ Eslavo(a)
- ☐ De Europa Occidental
- ☐ Otro grupo étnico blanco

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- ☐ Indígena estadounidense
- ☐ Nativo(a) de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- ☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro(a) y afroestadounidense

- ☐ Afroestadounidense
- ☐ Afrocaribeño(a)
- ☐ Etíope
- ☐ Somalí
- ☐ Africano(a) de otro origen (negro)
- ☐ Otro grupo étnico negro

De Oriente Medio/del Norte de África

- ☐ De Oriente Medio
- ☐ Del Norte de África

Asiática

- ☐ Indígena asiático(a)
- ☐ Camboyano(a)
- ☐ Chino(a)
- ☐ Comunidades de Myanmar
- ☐ Filipino(a)
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés(a)
- ☐ Coreano(a)
- ☐ Laosiano(a)
- ☐ Del sur de Asia
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otros asiáticos

Otras categorías

- ☐ Otra (*indique*) _____
- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- | | |
|---|---|
| ☐ Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica. | ☐ N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores. |
| ☐ No tengo solo una identidad racial o étnica principal. | ☐ No sé |
| ☐ No. Me identifico como birracial o multirracial. | ☐ No deseo responder |

Idioma (*Hay interpretes disponible gratis*)4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar**? _____**Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés**

4b. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o virtualmente, ¿qué idioma prefiere? _____

4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos**? _____

5a. Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué (clase/tipo) de intérprete prefiere?

- ☐ Intérprete de lengua hablada ☐ Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
☐ Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL) ☐ Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE)
☐ Otros (*por favor, mencione*):

Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

6. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No bien ☐ Nada ☐ No sé ☐ No deseo responder

Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Usamos esta información para encontrar diferencias entre la salud y los servicios para las personas con o sin dificultades realizando sus funciones diarias. (**Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder a la pregunta*)

Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
----	--	----	-------	--------------------	---

7. ¿Es usted **una persona sorda** o tiene una **dificultad seria para oír**?8. ¿Es usted **una persona ciega** o tiene una **dificultad seria para ver** aunque lleve puestos espejuelos o lentes?**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años**9. ¿Tiene una dificultad **seria para caminar o subir las escaleras**?10. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una dificultad seria para **concentrarse, recordar o tomar decisiones**?11. ¿Tiene **dificultad para vestirse o bañarse**?12. ¿Tiene una **dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender**?13. Cuando usa su idioma habitual (**de costumbre**), ¿tiene una **dificultad seria para comunicarse, por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás**?**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años**14. Debido a una condición **física, mental o emocional**, ¿tiene una **dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a)**, tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?15. ¿Tiene **serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones**?

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD DE DESCUENTO FINANCIERO

Guarde esta página para consultarla cuando desee.

Si quiere solicitar el descuento, complete la siguiente página y envíela a Adapt antes de la fecha límite.

Adapt es una organización sin fines lucrativos privada que proporciona servicios médicos asequibles y de calidad. Todos los pacientes pueden solicitar un descuento en la escala móvil; la elegibilidad se basa en el tamaño y los ingresos del hogar. No se rechaza a *nadie* debido a la falta de fondos. Todos los pacientes recibirán un extracto mensual si hay un saldo pendiente en su cuenta. Todos los saldos vencen dentro de los 30 días de la fecha del extracto. Si no puede pagar su saldo completo, llame a la oficina de facturación de Adapt para hacer arreglos acerca del pago.

- Complete todo este formulario y proporcione todos los documentos solicitados para ser considerado para un descuento en la escala móvil. Solo se darán descuento a los pacientes que califiquen y proporcionen una verificación.
- Tiene **14 días desde la fecha del servicio** para completar y devolver este formulario para participar en un descuento en su visita. De lo contrario, su descuento comenzará en la fecha de devolución.
- Adapt no aplicará descuentos retroactivos.
- Una vez procesada su solicitud, recibirá una carta por correo en la que se le notificará el descuento al que puede optar.
- Todos los descuentos serán válidos durante un año, momento en el que se le pedirá que presente una verificación actualizada. **Si sus circunstancias económicas o de vida cambian antes de esa fecha, está obligado a notificarlo a Adapt.** Esta información puede ajustar su descuento.
- Si corresponde, la información provista en esta solicitud puede usarse para determinar si califica para un descuento en los servicios proporcionados por Mercy Outpatient Lab & Imaging solicitados por Adapt Primary Care. Para ser considerado para un descuento de Mercy Medical Center, debe haber solicitado el OHP. La información en este formulario puede ser solicitada CHI Mercy Health y se les proporcionará con fines de auditoría.

Documentos requeridos: Para obtener un descuento de escala móvil, asegúrese de incluir en su solicitud copias de los siguientes documentos de *TODOs los miembros de la familia*. **Si uno o más de estos documentos no corresponden a su hogar, no los tenga en cuenta.**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Comprobantes de pago más recientes (últimos 30 días). | ☐ Carta de adjudicación de la indemnización por accidente de trabajo. | ☐ Si no tiene ingresos, una carta que explique sus medios de vida o un formulario de autoatestación de ingresos completo (disponible a petición del interesado). |
| ☐ Verificación de desempleo. | ☐ Órdenes judiciales de cualquier demanda. | ☐ Verificación de los cupones de alimentos. |
| ☐ Declaración de impuestos federales más reciente (si es autónomo). | ☐ Prueba de las ganancias de juegos de azar (premios de lotería). | ☐ Becas escolares. |
| ☐ Cartas de adjudicación del seguro social o de la discapacidad. | ☐ Prueba de pagos de anualidades. | |
| ☐ Carta de concesión de la pensión. | ☐ Recibos de bienes vendidos o servicios prestados. | |
| ☐ Carta de concesión de pensión alimentaria. | | |

Definiciones

Hogar: personas que viven en la misma vivienda y ponen en común sus recursos.

Ingresos: todo dinero recibido, tributable o no, proveniente de cualquier fuente. Se incluirá cualquier dinero por bienes vendidos o servicios prestados, becas de ayuda a la escolarización, ingresos por jubilación, ingresos empresariales, pagos del seguro social o por discapacidad, prestaciones del seguro de desempleo, indemnizaciones por acuerdos de cualquier demanda, se consideren o no “daños económicos”, pagos de seguros de vida, pagos de rentas vitalicias, ganancias de juegos de azar y cualquier otro dinero recibido con el fin de ayudar a los gastos del hogar. No se contabilizarán los préstamos ni el crédito disponible.

Si está solicitando un descuento de escala móvil, también puede calificar para el Plan de Salud de Oregón (OHP, por sus siglas en inglés). Si quiere solicitar el OHP y necesita asistencia gratuita para solicitarlo, pida hablar con un trabajador social de elegibilidad.

¿Ha solicitado el Plan de Salud de Oregón? **S N** Si la respuesta es afirmativa, fecha de la solicitud: _____
 ¿Se lo aprobaron? **S N**

¿Tiene otro seguro? **S N** Si la respuesta es afirmativa, ¿qué seguro? _____ Iniciales del miembro del personal de Adapt: _____

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA A CONTINUACIÓN.

Nombre de la parte responsable: _____ Relación con el paciente: _____
 SSN (last 4): XXX-XX-_____ DOB: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección de facturación: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Proporcione información de todos los miembros del hogar. (Consulte la definición de hogar en la página 1)

Miembro del hogar	1	2	3	4	5	6
Nombre						
Fecha de nacimiento						
Relación con el paciente	ÉL MISMO					
Ingresos mensuales brutos procedentes de lo siguiente:	Facilite la documentación justificativa de cada fuente de ingresos indicada.					
Sueldo/Salario	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de niños	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Compensación para los trabajadores	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Venta de bienes	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Otro _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$	\$

TOTAL de ingresos brutos mensuales del hogar: _____ Cantidad **TOTAL** de miembros del hogar: _____

Si los ingresos de su hogar son nulos, ponga sus iniciales aquí: _____ y proporcione una breve explicación de su situación financiera y situación de vida actuales: _____

Por la presente autorizo a los representantes de Adapt a realizar las consultas necesarias para verificar la información proporcionada en este formulario o a divulgar cualquier información relacionada con mis visitas al consultorio a cualquier compañía de seguros o a terceros para buscar la liquidación de esta cuenta. Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo que si cualquier información es incorrecta no puedo ser elegible para cualquier consideración futura de las tarifas reducidas y que cualquier tarifa de descuento puede ser revertida y se pueden modificar las cuentas en consecuencia.

Firma del paciente/Parte responsable: _____ **Fecha:** _____

*******SOLO PARA USO OFICIAL*******

Fecha de solicitud: _____ Fecha de vencimiento: _____

☐ En función de la información proporcionada, el paciente mencionado anteriormente es elegible para un descuento del ____ %.

☐ En función de la información proporcionada, el paciente no es elegible para un descuento en este momento.

Información verificada por: ☐ Recibos de pago ☐ Declaración de impuestos ☐ Otro _____

Miembro del personal que completa el formulario: _____ Fecha: _____

Cliente/paciente	Apellido legal	Nombre	Inic. 2.º nombre	Fecha de nacimiento
	Otros nombres que use el cliente/paciente			

Autorizo a **Adapt Integrated Health Care** a usar y divulgar mi información de salud protegida según se describe a continuación.

Persona o entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida:	
Nombre (persona u organización):	Dirección:
	Ciudad, estado: Código postal:
	Teléfono:
Intercambio mutuo: ☐ Sí ☐ No	
Solamente verbal: ☐ Verbal y puede recibir copias de la historia médica: ☐	

Información de salud protegida que se utilizará o divulgará:			
Marque todo lo que corresponda:	☐ Salud mental	☐ Atención primaria	☐ Trastorno por consumo de sustancias (SUD) (Programas protegidos del Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2)

Marque todo lo que corresponda:	
☐ Todos los registros relacionados con los servicios marcados anteriormente	
-O ESPECÍFICAMENTE-	
☐ Mi nombre e información de contacto	☐ Resultados de pruebas de laboratorio
☐ Mi estado como cliente en tratamiento	☐ Plan de alta
☐ Información de citas e informes de asistencia	☐ Fecha y estado del alta
☐ Diagnóstico	☐ Historia médica/notas de progreso
☐ Evaluación	☐ Participación y progreso del tratamiento
☐ Medicamentos y dosis	☐ Comportamientos y preocupaciones
☐ Plan o resumen de tratamiento	☐ Recomendaciones y estrategias de gestión
☐ Resúmenes de antecedentes de SUD	☐ Informes de laboratorio/patología
☐ Informes de electrocardiograma (ECG)	☐ Pruebas de diagnóstico
☐ Informes de radiología	☐ Registros de vacunación
☐ Otro (por favor sea específico):	

Si la información que se va a revelar contiene cualquiera de los siguientes tipos de registros o información, se pueden aplicar leyes adicionales sobre su uso y divulgación. Comprendo y acepto que se divulgue esta información si marco el espacio que corresponde al lado del tipo de información.

☐ Drogas/alcohol	☐ Información de	☐ Información	☐ Información sobre	☐ Información de
Diagnóstico, tratamiento o remisión	salud mental	de VIH/sida	pruebas genéticas	depranocitos

Propósito del uso o la divulgación Marque todo lo que corresponda:	
☐ Facilitar pago y operaciones de atención médica	☐ Coordinación de atención y servicios
☐ Intercambio de información relacionada con libertad bajo palabra o condicional o estado legal	☐ Continuación de la atención
☐ Intercambio de información relacionada con vivienda	☐ Reuniones o consultas
☐ Facilitar el traslado del cliente	☐ Facilitar el tratamiento
☐ Programa de cupones de alimentos, inscripción en el plan Oregon Health y programas de autosuficiencia	☐ Autorizar a una persona de contacto para casos de emergencia médica
☐ Intercambiar información sobre el tratamiento y el progreso del paciente	☐ Coordinar servicios educativos
☐ Para mis registros	
Otro: _____	

Vencimiento y anulación
Esta autorización vencerá (complete una de las siguientes opciones):
- El día: _____ - Si ocurre el siguiente evento: _____
*Si no se indica una fecha, evento o condición, este consentimiento vencerá luego de un año a partir de la fecha de su firma.
Derecho de anulación: entiendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento. Comprendo que anular esta autorización no afectará ninguna acción que haya tomado Adapt Integrated Health Care con base en la autorización antes de recibir mi aviso de anulación. Tampoco afectará la información que ya haya sido divulgada.

Firma del cliente	_____	_____
	Firma	Fecha
	_____	Relación con el cliente (marque una de las siguientes opciones):
	Nombre del cliente/paciente en letra de imprenta	☐ Paciente ☐ Tutor ☐ Firma del representante personal*
*Si un representante personal del cliente firma la autorización, también se debe brindar una descripción sobre su autoridad para actuar en nombre del cliente: _____		

Información importante para el cliente

Para pagar servicios médicos: si Adapt Integrated Health Care actúa como su proveedor de servicios de atención médica o paga por los servicios del Oregon Health Plan o el programa de Medicaid, usted puede elegir no firmar este formulario. Esto **no** afectará de manera negativa su capacidad para recibir los servicios de salud, **a menos que** los servicios de atención médica tengan el único propósito de brindar información de salud a alguien más y se necesite la autorización para hacer la divulgación. (Algunos ejemplos serían: exámenes, pruebas o evaluaciones).

Si elige no firmar este formulario, esto **puede afectar** el pago de sus servicios si se necesita esta autorización para el reembolso de compañías privadas de seguro u otras agencias no gubernamentales.

Este formulario es voluntario. Adapt Integrated Health Care no puede condicionar administración de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica con financiamiento público a firmar esta autorización, excepto en los casos descritos anteriormente. Sin embargo, usted debe recibir información precisa sobre cómo el negarse a autorizar la divulgación de la información puede afectar de manera negativa la coordinación de servicios. Si decide no firmar, puede que se le remita a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin el intercambio de información.

Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización es voluntaria y tiene el propósito de confirmar sus instrucciones.

Divulgación posterior:

Para servicios de atención primaria y salud mental: entiendo que la información utilizada y divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

Para los programas de SUD: Ha recibido esta información de registros protegidos por las Normas Federales de Confidencialidad (Título 42 del CFR, Parte 2). Las leyes federales le prohíben realizar cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que dicha divulgación adicional esté permitida en forma expresa mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o esté permitida de alguna otra manera por el Título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u de otro tipo **no** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente por consumo de drogas o alcohol.

Servicios de salud que usan este formulario:

Términos usados: el intercambio mutuo permite a Adapt Integrated Health Care y a la persona u organización que se menciona en la autorización a brindar y recibir información entre sí.

Asistencia: siempre que sea posible, un miembro del personal de Adapt Integrated Health Care debe completar este formulario con usted. Asegúrese de comprender el formulario antes de firmarlo. No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que autoriza. Puede sustituir la firma con una marca o puede pedirle a una persona autorizada que firme el formulario en su nombre.

Menores de edad: si es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o consumo de sustancias si es mayor de 14 años; la divulgación de información sobre enfermedades de transmisión sexual o anticonceptivos independientemente de su edad; y la divulgación de información médica general si es mayor de 15 años.

Atención especial: en el caso de información sobre VIH/sida, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento por consumo de alcohol o drogas, la autorización debe identificar claramente la información que se puede divulgar.

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DEL CLIENTE

Fecha de hoy				
Apellido:		Nombre:		Fecha de nacimiento:
INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ESTADO DE DESINTOXICACIÓN				
¿Alguna vez a tomado alguno de los siguientes medicamentos ansiolíticos (benzodiazepinas)?				
☐ Ativan	☐ Dalmane	☐ Halcion	☐ Prosom	☐ Serax
☐ Xanax	☐ Doral	☐ Niravan	☐ Restoril	☐ Tranxene
En caso afirmativo, fecha del último uso: _____ ¿Lo usa actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Se lo recetaron? ☐ Sí ☐ No				
¿Ha presentado o presenta síndrome de abstinencia de alcohol o ansiolíticos? ☐ Sí ☐ No				
En caso de que la respuesta sea afirmativa, enumere los síntomas:				
Consumo actual de drogas	Consumo en los 7 días pasados	¿Uso intravenoso?	¿Con qué frecuencia/cuánto?	¿Por cuánto tiempo?
Consumo de tabaco: ☐ Nunca ☐ Consumo previo ☐ Consumo actual Si está consumiendo: ☐ Cigarrillo ☐ Sin humo ☐ Vaporizador				
¿Cuánto/con qué frecuencia consume tabaco?		¿Tiene tarjeta de marihuana medicinal? ☐ Sí ☐ No		
¿Ha recibido tratamiento antes? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique los programas y años:				
¿A cuántos grupos de autoayuda (AA, NA, etc.) asiste normalmente en un mes?				
INFORMACIÓN MÉDICA				
¿Está actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Quizás En caso afirmativo, ¿de cuánto tiempo es su embarazo?				
Nombre del médico de atención primaria:			Teléfono:	
Nombre del proveedor dental:			Teléfono:	
¿Necesita ayuda para encontrar un médico de atención primaria o un proveedor dental? ☐ Sí ☐ No				
Tiene antecedentes de:				
☐ Enfermedad del hígado	☐ Problemas de visión	☐ Problemas dentales		
☐ Infarto, apoplejía cirugía del corazón	☐ Presión sanguínea alta	☐ Dolores de cabeza (frecuentes/intensos)		
☐ Convulsiones	☐ Alucinaciones	☐ Tos crónica		
☐ DT	☐ Diabetes	☐ Lesión/dolor de espalda		
☐ Lesiones en la cabeza	☐ Otra afección médica crónica	☐ Trastorno alimenticio		
☐ Dolor crónico				
Si marcó alguna de las afecciones anteriores, explique:				

Alergias a: ☐ Medicamentos ☐ Picaduras de abeja ☐ Alimentos Enumere las alergias:			
Ha sido diagnosticado con: ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ VIH En caso afirmativo, ¿necesita tratamiento para Hepatitis C / VIH? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es negativa, ¿desea que se le realice la prueba de Hepatitis C / VIH? ☐ Sí ☐ No			
¿Se le ha realizado la prueba de tuberculosis (TB)? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo: ☐ Positivo ☐ Negativo ¿Tiene tarjeta de TB actual? ☐ Sí ☐ No			
¿Toma medicamentos actualmente? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene suministro para 30 días? ☐ Sí ☐ No ¿Necesita resurtido? ☐ Sí ☐ No			
Lista de medicamentos y cantidades (en caso de estar disponible):			
Nombre del medicamento	Cantidad	Nombre del medicamento	Cantidad
ESTADO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO			
¿Presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas? ☐ Depresión ☐ Cambios de humor ☐ Pánico/ansiedad ☐ Paranoia ☐ Alucinaciones ☐ Pensamientos o plan suicidas Si marcó ideas o plan suicidas, describa:			
¿Ha sido alguna vez diagnosticado con una enfermedad mental? ☐ Sí ☐ No Diagnóstico:			
Nombre del proveedor actual de salud mental:		Teléfono:	
¿Alguna vez les ha mentado a personas importantes para usted sobre la cantidad que ha apostado? ☐ Sí ☐ No			
¿Alguna vez ha sentido la necesidad de apostar más y más dinero? ☐ Sí ☐ No			
ESTADO LEGAL			
☐ Libertad bajo palabra ☐ Libertad condicional ☐ Tribunal de salud mental ☐ Tribunal para asuntos de droga ☐ Encarcelado ☐ Ninguno ☐ Otro:			
¿Tiene algún caso judicial pendiente? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, ¿sobre qué?			
¿Tiene cargos actuales o previos por agresión? ☐ Sí ☐ No Agresión sexual: ☐ Sí ☐ No			
¿Cuántas veces ha sido arrestado por conducir bajo la influencia de intoxicantes (DUI)? ¿Otros cargos?			
Marque las agencias de las que recibe servicios: ☐ Mental Health ☐ Voc Rehab ☐ Bay Cities ☐ Translink ☐ CWP			
Trabajador de casos de Child Welfare:			
Funcionario de libertad bajo palabra/condicional:			
¿Tiene familiares o amigos que trabajen en Adapt Integrated Health Care? ☐ Sí ☐ No			
En caso afirmativo, indique sus nombres y departamento:			

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Los terapeutas saben que las emociones juegan un papel importante en la mayoría de las adicciones. Si informa a su terapeuta sobre estas emociones, lo podrá ayudar más. Este cuestionario ayudará a su terapeuta a saber cómo se siente.	
Lea cada opción y encierre en un círculo la que mejor describa sus sentimientos durante la semana pasada .	

Me siento tenso o "nervioso" 3 La mayor parte del tiempo 2 Mucho tiempo 1 Algunas veces, ocasionalmente 0 Para nada	Me siento como enlentecido 3 Casi todo el tiempo 2 Con mucha frecuencia 1 Algunas veces 0 Para nada
Sigo disfrutando las cosas que me gustan 0 Definitivamente 1 No tanto 2 Solo un poco 3 Para nada	Me siento como asustado con "mariposas en el estómago" 0 Para nada 1 Ocasionalmente 2 Con bastante frecuencia 3 Muy frecuentemente
Me siento asustado; como que algo terrible va a pasar 3 Indudable y gravemente 2 Sí; pero no tan profundamente 1 Un poco; pero no me preocupa 0 Para nada	He perdido el interés en mi apariencia 3 Definitivamente 2 No me preocupa tanto como antes 1 Puede que no me preocupe tanto 0 Me preocupa igual
Puedo reírme y ver el lado gracioso de las cosas 0 Al igual que siempre 1 Ahora no tanto 2 Definitivamente ahora no tanto 3 Para nada	Me siento inquieto como si debería mantenerme en movimiento 3 Mucho en realidad 2 Bastante 1 No mucho 0 Para nada
Tengo ideas angustiantes 3 Una gran parte del tiempo 2 Mucho tiempo 1 Ocasionalmente; pero no con mucha frecuencia 0 Solo ocasionalmente	Espero con placer las cosas 0 Al igual que siempre 1 Un poco menos que antes 2 Definitivamente menos que antes 3 Muy poco
Me siento feliz 3 Para nada 2 No con frecuencia 1 Algunas veces 0 La mayor parte del tiempo	De repente siento pánico 3 Con mucha frecuencia en realidad 2 Con bastante frecuencia 1 No muy frecuentemente 0 Para nada
Me puedo sentar tranquilo y sentirme relajado 0 Definitivamente 1 Normalmente 2 No con frecuencia 3 Para nada	Puedo disfrutar un buen libro o programa de radio o televisión 0 Con frecuencia 1 Algunas veces 2 No con frecuencia 3 Muy pocas veces

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO:

Puntuación A (en negrita): _____ **Puntuación D:** _____ <7 no presente; 8-10 dudoso; ≥ 11 definitivo

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EVENTOS DE VIDA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
A continuación, encontrará varias situaciones difíciles o estresantes que algunas veces deben enfrentar las personas. En cada evento, marque una o más de las casillas al lado derecho para indicar que: (a) le <u>pasó a usted</u> personalmente, (b) fue <u>testigo de</u> cómo le pasó a alguien más, (c) <u>no corresponde</u> a usted.	
Asegúrese de considerar <u>toda su vida</u> (mientras crecía y en la adultez) al revisar la lista de eventos.	

Evento	Me ocurrió a mí	Lo presencié	No corresponde
1. Desastre natural (por ejemplo, inundación, huracán, tornado o terremoto)			
2. Incendio o explosión			
3. Accidente de transporte (por ejemplo, accidente de tránsito, bote, tren, avión)			
4. Accidente grave en el trabajo, el hogar o durante una actividad			
5. Exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, químicos peligrosos, radiación)			
6. Agresión física (por ejemplo, un ataque, golpes, manotazos, patadas, palizas)			
7. Agresión con un arma (por ejemplo, recibir un disparo, puñalada, amenazas con un cuchillo, arma o bomba)			
8. Agresión sexual (violación, intento de violación, ser obligado a realizar cualquier tipo de acto sexual con			
9. Otra experiencia sexual no deseada o incómoda			
10. Combate o exposición a una zona en guerra (como militar o civil)			
11. Cautiverio (por ejemplo, secuestro, rapto, rehén, prisionero de guerra)			
12. Enfermedad o lesión que amenaza la vida			
13. Grave sufrimiento humano			
14. Muerte repentina y violenta (por ejemplo, homicidio, suicidio)			
15. Muerte repentina e inesperada de alguien cercano			
16. Que usted le haya causada una lesión grave, daño o muerte a otra persona			
17. Cualquier otro evento o experiencia muy estresante			

Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney, & Keane, 1995

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDAD INFECCIOSA

Este formulario solo se usa para propósitos educativos y de remisión.

No se incluye en el archivo de tratamiento y se destruye al final de la evaluación inicial.

1. En los 12 meses pasados, ¿se ha hecho un tatuaje o pirsin, ha recibido acupuntura o ha estado en contacto con la sangre de otra persona?	☐ Sí ☐ No
2. En los 30 días pasados, ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas <u>por más de 2 semanas</u> ?	
☐ Náuseas ☐ Dificultad respiratoria ☐ Sudores nocturnos (tan intensos que ha tenido que cambiarse de ropa o cambiar las sábanas) ☐ Fiebre ☐ Pérdida de peso (no intencional) ☐ Tos productiva ☐ Diarrea (por más de 1 semana) ☐ Mujer: ¿no ha tenido la menstruación en los dos meses pasados? ☐ Tos con sangre ☐ Bultos/glándula inflamada en el cuello o axila	
3. ¿Alguna vez le han dicho que tiene tuberculosis (TB)?	☐ Sí ☐ No
4. ¿Algún conocido o persona con la que ha vivido ha sido diagnosticado con TB en el año pasado?	☐ Sí ☐ No
5. ¿Alguna vez ha tenido una prueba cutánea positiva para TB? (Una prueba en la que le inyectan el antebrazo y unos días después aparece un bulto duro).	☐ Sí ☐ No
6. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para TB?	☐ Sí ☐ No
7. Alguna vez le han dicho que tiene: ☐ Hepatitis A ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis C	
8. ¿Usa agujas para drogarse o comparte agujas o jeringas para inyectar drogas?	☐ Sí ☐ No
9. ¿Alguna vez ha tenido un empleo en el que ha estado en riesgo de sufrir lesiones con agujas u otro tipo de contacto con sangre?	☐ Sí ☐ No
10. ¿Consume estimulantes (cocaína/metanfetamina)?	☐ Sí ☐ No
11. En los 12 meses pasados, ¿usted o alguna persona con la que haya tenido relaciones sexuales ha tenido enfermedades de transmisión sexual (ETS) como sífilis, gonorrea, herpes, clamidia, uretritis no gonocócica u otras enfermedades de transmisión sexual o hepatitis?	☐ Sí ☐ No
12. ¿Tuvo alguna transfusión de sangre antes de 1992 o recibió productos sanguíneos antes de 1987 por problemas de coagulación?	☐ Sí ☐ No
13. ¿Su madre biológica tenía hepatitis C cuando usted nació?	☐ Sí ☐ No
14. ¿Alguna vez ha recibido o recibe actualmente diálisis a largo plazo?	☐ Sí ☐ No
15. ¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona con hemofilia?	☐ Sí ☐ No
16. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección con una persona que se inyecta drogas o con un hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres?	☐ Sí ☐ No
17. ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o para sobrevivir?	☐ Sí ☐ No
18. ¿Ha tenido relaciones sexuales con más de una persona en los 6 meses pasados? ¿Cualquier tipo de contacto vaginal, rectal o de otro tipo sin protección (condón u otra barrera) con o sin su consentimiento?	☐ Sí ☐ No
19. ¿Ha tenido relaciones sexuales o ha compartido agujas para inyectarse drogas con una persona con sida o que ha tenido resultados positivos en una prueba de anticuerpos para sida/VIH o hepatitis C?	☐ Sí ☐ No
20. ¿Alguna vez, incluso si ha sido solo una vez, se ha inyectado drogas?	☐ Sí ☐ No
21. ¿Alguna vez ha sido pinchado con una aguja o jeringa que pudo haber estado infectada con VIH o el virus de la hepatitis C?	☐ Sí ☐ No
22. ¿Alguna vez ha tenido un problema de alcoholismo que haya requerido atención médica o terapia o alguna vez le han dicho o ha pensado que tiene un problema de alcoholismo?	☐ Sí ☐ No

**Se realizan las siguientes preguntas para apoyar la planificación del tratamiento.
No es obligatorio que las responda para participar en la evaluación o tratamiento.**

1. ¿Alguna vez se ha realizado la prueba sanguínea para anticuerpos de VIH?	☐ Sí ☐ No
En caso negativo, ¿le gustaría que se la realicen?	☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿se realizó la prueba en los 6 meses pasados?	☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguna vez se ha realizado la prueba sanguínea para el virus de hepatitis C?	☐ Sí ☐ No
En caso negativo, ¿le gustaría que se la realicen?	☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿se realizó la prueba en los 6 meses pasados?	☐ Sí ☐ No
3. ¿Cómo calificaría su riesgo de infectarse con VIH (el virus del sida)? ☐ Sé que estoy infectado. ☐ Creo que NO estoy en riesgo. ☐ Creo que estoy en alto riesgo. ☐ No estoy seguro de cuál es mi riesgo. ☐ Creo que estoy en poco riesgo.	
4. ¿Cómo calificaría su riesgo de infectarse con el virus de hepatitis C? ☐ Sé que estoy infectado. ☐ Creo que NO estoy en riesgo. ☐ Creo que estoy en alto riesgo. ☐ No estoy seguro de cuál es mi riesgo. ☐ Creo que estoy en poco riesgo.	

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE LA AGENCIA

Consentimiento para el tratamiento médico

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico incluido, entre otros, lo siguiente: pruebas de diagnóstico, exámenes de laboratorio, inyecciones, cirugías menores, y extracción /eliminación de tejidos según se recomienda o sea necesario según el proveedor de atención médica tratante.

Consentimiento para los servicios de salud conductual

Presto mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual según sea adecuado para ayudar a mi tratamiento médico, lo que incluye, entre otros, la evaluación y el tratamiento de afecciones mentales y/o abuso de sustancias.

Derechos del paciente

Además del Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA, entiendo que es política de Adapt ofrecer a los pacientes una copia impresa y una oportunidad de revisar lo siguiente al momento de admisión a cualquiera de los programas de salud del comportamiento de Adapt certificados por el estado:

- Política de derechos de la persona
- Política y formulario de reclamación
- Políticas de prestación de servicios

Instrucciones por adelantado

Reconozco que Adapt proporciona una oportunidad al momento de admisión de completar o proveer copias de instrucciones por adelantado. Si recibo servicios de parte de cualquiera de los programas de salud del comportamiento de Adapt certificados por el estado, el personal me dará información sobre la Declaración de Oregón sobre el Formulario de Tratamiento de Salud Mental, su objetivo e información de contacto de una persona que pueda responder preguntas adicionales.

Divulgación de la información

Reconozco que me brindaron el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Adapt y que toda divulgación de información no permitida por ley requerirá mi autorización. Autorizo a Adapt a divulgar a mis compañías de seguro por correo, fax, de forma electrónica o verbal toda información necesaria para determinar las prestaciones y para facturar los servicios prestados. Algunos departamentos de Adapt se encuentran bajo protección federal de privacidad para programas de tratamiento de abuso de sustancias. Si mis servicios incluyen información protegida por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Adapt solicitará mi autorización en un formulario de divulgación de información antes de facturar a mi compañía de seguros.

Información sobre proveedores de servicios y personal adicionales

Entiendo que, de vez en cuando, otras personas me pueden observar o prestar atención médica, incluidos, entre otros, estudiantes de la profesión de salud y profesionales administrativos o de atención médica en orientación o capacitación.

Servicio de escribiente médico

Entiendo que se puede utilizar un servicio profesional de escribiente médico durante mi visita para ayudar a mi(s) proveedor(es) con la documentación sin costo alguno para mí. Entiendo que el servicio de escribiente puede ser virtual. También entiendo que el servicio de escribiente médico sigue un código de ética profesional que asegura que toda la información médica discutida con mi(s) proveedor(es) y otro personal de la clínica se mantendrá confidencial.

Certificación de discapacidad y adaptaciones especiales

Entiendo que el centro de salud limita los servicios prestados a aquellos de naturaleza médica. Toda solicitud de servicios administrativos adicionales, como una certificación de discapacidad y adaptaciones especiales, que requiera una determinación de discapacidad deberán ser brindados por un proveedor médico o de salud del comportamiento en otra ubicación. Un proveedor de Adapt puede completar la documentación para discapacidad de corto plazo o FMLA/OFLA y estará sujeta a un costo administrativo de \$25. El motivo de esta política es evitar que el cumplimiento de funciones administrativas interfiera con la atención médica de los pacientes.

Consentimiento sobre responsabilidad financiera y facturación

Todos los clientes son responsables del pago total de todos los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad verificar esta cuestión y la cobertura de los servicios con mi compañía de seguros. Entiendo que soy responsable de todo deducible, copago, coaseguro, servicio no cubierto o servicio considerado “no necesario por razones médicas” por mi compañía de seguros. Los copagos y coaseguros serán cobrados al momento del servicio. Además, elijo no facturar a mi compañía de seguros por una visita específica y seré entonces responsable por el costo total de los servicios sin descuentos brindados en esa visita. Entiendo que si mi cheque es rechazado por fondos insuficientes (NSF, por sus siglas en inglés) o por ser librado desde una cuenta cerrada, seré responsable por una comisión de \$25 por el procesamiento. Entiendo que si no realizo los pagos programados y/o no realizo acuerdos de pagos con el departamento de facturación de Adapt, mi cuenta puede ser asignada a una agencia de cobro externa.

Designación para cobertura de seguros

Entiendo que esto funciona como una designación directa de mis beneficios médicos de Medicare, Medicaid, otro proveedor del gobierno o cualquier otra compañía de seguros comercial/privada, a recibir pagos de Adapt. Si recibo pagos directamente de mi compañía de seguros, acuerdo otorgarlos a Adapt para pagar mi cuenta.

Información de laboratorio:

- Las pruebas en la clínica son facturadas por cortesía por Adapt a las compañías de seguro.
- Las muestras recopiladas y enviadas a laboratorios externos serán facturadas por el laboratorio en cuestión. Algunas ubicaciones tienen Mercy y Cordant disponibles en el lugar para conveniencia del paciente, pero no son parte de Adapt.

Remisiones

Entiendo que puedo elegir recibir pruebas de diagnóstico o tratamientos/servicios de atención médica en instalaciones distintas de las recomendadas por mi proveedor de servicios de atención médica. Entiendo que si elijo que me realicen la prueba de diagnóstico, el tratamiento o servicio de atención médica en una instalación distinta de la recomendada por mi proveedor de atención médica, seré responsable de determinar la extensión de la cobertura o la limitación de la cobertura, según corresponda. Un proveedor de atención médica no puede negar, limitar o retirar una remisión solo porque yo elijo que me realicen la prueba de diagnóstico o el tratamiento o servicio de atención médica en una instalación distinta a la recomendada por mi proveedor de atención médica.

Registro de votantes

Entiendo que el personal me ofrecerá la oportunidad de registrarme para votar al momento de admisión.

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como paciente y presto mi consentimiento para el tratamiento y los servicios brindados por Adapt. Además, al firmar este formulario, certifico que no he ocultado información sobre cobertura de seguro existente al momento de este servicio y que no existe otra cobertura de seguro más allá de la que brindé. Acepto plena responsabilidad por todos los costos, ya sea que estén cubiertos por el seguro o no. He autorizado a Adapt a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para que realice el pago. He leído y entiendo la información que antecede y autorizo el pago de beneficios de seguros directamente a Adapt por los servicios prestados.

**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal
(Marque uno)**

Fecha

Aclaración del paciente

**Aclaración del firmante y relación si no es
el paciente**



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo usted puede obtener acceso a esta información.
Revíselo con atención.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene determinados derechos. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades de ayudarlo.

A obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o impresa de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podríamos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A solicitarnos que corriamos su registro médico

- Puede solicitarnos que corriamos su información de salud que usted piense que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos responder que “no” a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a su teléfono particular o laboral) o que le enviemos correos a otra dirección.
- Responderemos que “sí” a todas las solicitudes razonables.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

continúa en la página siguiente

Sus derechos *continuación*

A solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que **no** usemos o compartamos determinada información de salud con fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones.
 - No tenemos la obligación de aceptar su solicitud y podemos responder que “no” si se vería afectada su atención.
- Si usted paga la totalidad de un servicio o un producto de atención médica de su bolsillo, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el fin de obtener el pago o realizar nuestras operaciones con su compañía de seguros de salud.
 - Responderemos que “sí”, salvo que una ley nos exija compartir esa información.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información

- Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las veces que hayamos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quiénes la hayamos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, salvo aquellas con respecto a tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y determinadas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos pida que hagamos). Le daremos una rendición de cuentas por año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en los costos si nos pide otra dentro de un plazo de 12 meses.
- Las solicitudes se presentan por escrito. Solicite un formulario al personal.

A obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo por medios electrónicos. Le proporcionaremos de forma oportuna una copia impresa.

A elegir a una persona que lo represente

- Si le ha dado a alguien un poder de representación para decisiones de atención médica o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en representación de usted antes de que tomemos cualquier medida.

A presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con el
- funcionario de privacidad al 541-492-0129.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus preferencias

Para determinada información de salud, puede decirnos lo que prefiere con respecto a lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia con respecto al modo en que compartimos su información en las situaciones que se describen abajo, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de decirnos lo siguiente:

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su atención, o con alguien que ayude a pagar su atención.
- Que compartamos información en una situación de ayuda ante catástrofes.
- Que nos comuniquemos con usted por esfuerzos de recaudación de fondos.

Por ejemplo, podemos suponer que usted acepta que compartamos su información con su cónyuge cuando viene con usted a la sala de examen o mientras se habla sobre el tratamiento. Si usted no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted.

También podríamos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad.

En estos casos, *nunca* compartiremos su información, salvo que nos dé su permiso por escrito:

- Para cuestiones de marketing
- Para vender su información
- En la mayoría de las notas de psicoterapia que se comparten
- Para otros usos y divulgaciones que no se describen en este aviso

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por esfuerzos de recaudación de fondos, pero puede pedirnos que no volvamos a comunicarnos con usted.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud? Normalmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Para brindarle tratamiento

- Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que le estén brindando tratamiento.

Ejemplo: Un proveedor que le esté brindando tratamiento por una lesión le pregunta a otro proveedor por su estado de salud en general.

Para dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestro consultorio, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Usamos su información de salud para administrar su tratamiento y sus servicios.

Para facturar sus servicios

- Podemos usar y compartir su información de salud para facturar a planes de salud u otras entidades y obtener el pago de estos.

Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud, para que este pague los servicios que usted recibió.

continúa en la página siguiente

Nuestros usos *continuación*

Socios comerciales	Podemos celebrar contratos con socios comerciales (BA, por sus siglas en inglés) para que realicen determinadas funciones o actividades en nuestro nombre. Estos BA deben aceptar proteger su información de salud.	Ejemplo: Actividades jurídicas, de facturación, de transcripción, de asesoramiento, de servicio de hospedaje de registros médicos electrónicos (EMR, por sus siglas en inglés).
Recordatorios de citas	Su información nos permite comunicarnos con usted por citas para tratamiento u otra atención médica que pueda necesitar.	Ejemplo: Para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita o informarle sobre un cambio.
Para ofrecer alternativas a tratamientos y servicios	En algunos casos, la ley nos permite comunicarnos con usted.	Ejemplo: Para describir nuestros servicios; para su tratamiento; para administración de casos y coordinación de la atención; para recomendar opciones de tratamiento disponibles.
Intercambios de información de salud	Participamos en varios intercambios de información de salud por Internet. Su información de salud se comparte para proporcionar acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y para ayudar a los proveedores y a los funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede optar por no participar en un intercambio de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) firmando un formulario de exclusión. Pídale al personal que se comunique con el funcionario de privacidad.	Ejemplo: OCHIN Care Collaborative, EPIC Care Everywhere, Reliance.
Tipos específicos de información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)	- Hay requisitos más estrictos para el uso y la divulgación de algunos tipos de información de salud. Sin embargo, igualmente hay situaciones en las que estos tipos de información se pueden usar o compartir sin su autorización. - Si usted es cliente de uno de nuestros programas de tratamiento de consumo de sustancias de conformidad con el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés), Parte 2, consulte el “Aviso para los pacientes sobre los requisitos federales de confidencialidad en virtud del Título 42 del CFR, Parte 2” para obtener más información. - Si usted es cliente de un programa de tratamiento de consumo de sustancias de la Parte 2, no divulgaremos su información sin su autorización, salvo que lo permita la ley.	Ejemplo: Información sobre trastorno por consumo de sustancias, salud mental y pruebas de VIH o genéticas.
Organizaciones de atención coordinada (CCO, por sus siglas en inglés)	- Si usted está asegurado por una CCO que trabaja con Oregon Health Plan, hay veces que debemos compartir su información de salud por motivos generales, como prestación de servicios, coordinación de la atención, servicios de transición y pagos. - Si la información incluye registros de la Parte 2, obtendremos su autorización.	Ejemplo: Umpqua Health Alliance (UHA), All Care, Advanced Health.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan al bien público, como para salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones establecidas por ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con cuestiones de salud pública y seguridad	- Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como las siguientes: - Prevenir enfermedades - Ayudar con retiros de productos del mercado - Informar reacciones adversas a medicamentos - Reportar presuntos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica - Prevenir o mitigar una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona
Hacer investigaciones	Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.
Cumplir con la ley	Compartiremos su información si las leyes federales o estatales lo exigen, lo que incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si quieren ver que estemos cumpliendo con la ley de privacidad federal.
Aplicación de la ley	Podemos compartir información de salud con funcionarios autorizados para fines de aplicación de la ley (por ejemplo: para responder a una orden de requisa, denunciar un delito en nuestras instalaciones o contra nuestro personal, o ayudar a identificar o encontrar a una persona).
Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos	Podemos compartir su información de salud con organizaciones que se dedican a la obtención de órganos.
Trabajar con un examinador médico o director de funeraria	Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando una persona muere.
Responder a solicitudes de compensación de trabajadores, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales	- Podemos usar o compartir su información de salud: - Para reclamos por compensación de trabajadores - Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario de aplicación de la ley - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley - Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial
Responder a demandas y acciones legales	Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Tenemos la obligación por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de forma oportuna si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos regirnos por las obligaciones y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información de una manera que no se describa aquí, salvo que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si usted nos da su permiso, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro consultorio y en nuestro sitio web.

Fecha de entrada en vigencia del aviso: 3/2/2023

Este Aviso de prácticas de privacidad se aplica a todos los servicios, programas y centros de Adapt Integrated Health Care.

Los servicios, programas y centros de Adapt Health que se indican arriba pueden compartir su información de salud protegida entre sí. Lo harían para brindarle atención médica de calidad, pagar su atención y llevar a cabo nuestras operaciones. Adapt tiene el compromiso de brindar atención de alta calidad en todos los servicios integrados de salud, recuperación, apoyo y prevención. Por este motivo, podemos usar y compartir su información entre estos programas, para tomar decisiones sobre su atención y tratamiento, y planificarlos. También podemos usarla para derivarlo a otros proveedores de atención médica para que reciba atención y tratamiento, y hacer interconsultas, coordinar y administrar su atención con estos.

Adapt es parte de un arreglo organizado de atención médica que incluye participantes en OCHIN. Hay una lista actual de los participantes de OCHIN disponible en www.ochin.org como socio comercial de Adapt Oregon. OCHIN brinda tecnología de la información y servicios relacionados a Adapt y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en evaluaciones de calidad de Adapt Oregon y actividades de mejora en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar beneficios clínicos que podrían obtenerse del uso de sistemas electrónicos de registros de salud. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar de manera colaborativa para mejorar la gestión de remisiones de pacientes internos y externos. Su información de salud personal puede ser compartida por Adapt Oregon con otros participantes de OCHIN o en un intercambio de información de salud solo cuando sea necesario para brindar tratamiento médico o para fines de operaciones de atención médica del arreglo organizado de atención médica. La operación de atención médica puede incluir, entre otras cosas, geocodificar su lugar de residencia para mejorar los beneficios clínicos que usted recibe. La información de salud personal puede incluir información médica pasada, presente y futura, así como información delineada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será divulgada de manera coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable según se enmienden ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento; sin embargo, puede que la información ya haya sido brindada conforme a lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted lo revoque por escrito. En caso de solicitarlo, se le brindará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

La información personal puede incluir información de salud pasada, presente y futura, así como información delineada en las Reglas de Privacidad. La información, en la medida divulgada, será divulgada de manera coherente con las Reglas de Privacidad o cualquier otra ley aplicable según se enmienden ocasionalmente. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y revocar este consentimiento; sin embargo, puede que la información ya haya sido brindada conforme a lo permitido por usted. Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que usted lo revoque por escrito. En caso de solicitarlo, se le brindará una lista de entidades a las que se ha divulgado su información.

Adapt
PO Box 1121
Roseburg, Oregon 97470
<https://www.adaptoregon.org/>
Número de contacto del funcionario de privacidad: 541-492-0129

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos tengo determinados derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. También entiendo que Adapt tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad periódicamente.

Este Aviso describe en detalle cómo Adapt podría usar o divulgar mi información de salud protegida. El Aviso también describe mis derechos y las obligaciones de Adapt con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que también tengo derecho a revisar el Aviso antes de firmar este reconocimiento y que en cualquier momento puedo comunicarme con Adapt para obtener una copia actual impresa o electrónica, o puedo revisar la copia actual en línea en el sitio web de Adapt.

Al firmar este formulario, también reconozco que la información médica recopilada en Adapt Integrated Health Care se almacenará en un sistema electrónico de registro médico y se mantendrá de forma segura de acuerdo con las reglamentaciones estatales y federales.

Firma del paciente/tutor o representante personal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente/tutor o representante personal

Relación con el paciente

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no se pudo porque:

- ☐ La persona se negó a firmar
- ☐ Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- ☐ Una emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- ☐ Otro (especifique):

Firma del personal de Adapt: _____

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN RECONOCIMIENTO DEL RIESGO DE ENVIAR MENSAJES DE TEXTO

Para los servicios proporcionados por Adapt Integrated Health Care, en adelante llamado el “Centro de salud”.

Al completar este formulario, autorizo al personal de la oficina del Centro de Salud, proveedores de atención médica y demás agentes o contratistas independientes que actúen bajo la dirección de este, a dejar mensajes sobre las visitas, los resultados de pruebas, o los resultados de diagnósticos en mi contestadora/buzón de voz en los números designados o a divulgar mi información de salud a los familiares o amigos designados conforme se describe a continuación.

La política del Centro de Salud es desalentar al personal a comunicarse con los clientes por mensaje de texto. Comunicarse por mensaje de texto puede conducir a consecuencias indeseadas. La información privada, su función como cliente/paciente en el Centro de Salud o su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) pueden ser vistos por personas que usted no autorizó.

Si usted elige que el personal se comunique con usted por mensaje de texto porque no tiene otra forma de comunicarse o porque así lo prefiere, aquí tiene una lista de formas en las que su información podría ser divulgada involuntariamente. Puede haber otras formas que no estén en la lista. Algunos aspectos para tener en cuenta:

- Los mensajes suelen mostrarse en el teléfono automáticamente y usted puede no estar cerca para controlar el dispositivo (una persona podría voluntariamente o sin querer leer un mensaje emergente).
- Una persona podría usar el teléfono fingiendo que es usted y la persona del otro lado jamás podría saber que no es usted.
- Si una persona accede a su teléfono cuando usted no está presente, podría leer algunos de los mensajes enviados y recibidos, incluso meses o años después.

Si solicito que un miembro del personal del Centro de Salud se comunique conmigo por mensaje de texto y elijo no utilizar una aplicación segura, entiendo que puedo estar poniendo en riesgo mi confidencialidad y mi privacidad. Al firmar este formulario, reconozco que me han advertido sobre el riesgo y eximiré al Centro de Salud de toda responsabilidad por cualquier divulgación que ocurra debido a este método de comunicación.

Además, presto mi consentimiento para recibir recordatorios por mensaje de texto sobre próximas citas. Entiendo que puedo darme de baja al enviar “STOP” al recordatorio de citas por mensaje de texto.

Escribir sus iniciales o marcar como no aplicable (N/A) toda autorización:

_____ Autorización para dejar mensajes sobre información de citas, resultados de pruebas o de diagnósticos en la siguiente contestadora/el siguiente buzón de voz o correo electrónico.

(Teléfono fijo)

(*Celular)

(Teléfono para mensajes)

(Correo electrónico)

Elegir: _____ VOZ _____ TEXTO

Si usted no está disponible en el momento en que lo llamamos, mencione a continuación las personas a las que podemos dejar un mensaje o con quienes podemos discutir su información médica.			Autorización para dejar mensajes relacionados con la información de citas con familiares/amigos designados.	Autorización para divulgar mi información de salud con familiares/amigos designados.
Nombre	Relación	Número de teléfono	<i>Inicial debajo</i>	<i>Inicial debajo</i>

He leído y estoy de acuerdo con las declaraciones que anteceden.

 Firma del paciente o tutor legal/Representante personal
 (Marque uno)

 Fecha

 Aclaración del paciente

 Aclaración del firmante y relación si no es el paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Para los servicios proporcionados por Adapt Integrated Health Care, en adelante llamado el “Centro de salud”.

1. Entiendo que telesalud es el uso de información electrónica y tecnología de la comunicación para proporcionar servicios de atención médica, lo que incluye, entre otros, evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, gestión o autogestión de atención médica de un paciente, cuando el paciente se encuentra ubicado en un lugar distinto al del proveedor.
2. Entiendo que mi proveedor de atención médica tiene la intención de que participe en un procedimiento de telesalud.
3. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la información electrónica y la tecnología de la comunicación durante la visita y que no será igual a una visita presencial debido a que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de salud.
4. Entiendo que existen potenciales riesgos de esta tecnología, que incluyen interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas que pueden llevar a una incapacidad de obtener información suficiente para tomar una decisión sobre mi problema de salud y que se tomarán todas las precauciones razonables para minimizar estos riesgos. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud si se siente que las conexiones por videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. Me han explicado las alternativas de las consultas de telesalud. Al elegir participar de una consulta de telesalud, entiendo que puede que algunas partes del examen que implican pruebas físicas no se realizarán o serán realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica de la consulta.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas para fines de tratamiento, pago u operaciones, de acuerdo con las normas de privacidad federales y de Oregón y con el Aviso sobre prácticas de privacidad. Otros pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica para operar el equipo de comunicación. Las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará sobre su presencia durante la consulta y que tendré el derecho de solicitar lo siguiente:
 - a. Omitir detalles específicos sobre mis antecedentes médicos/examen físico que sean personalmente delicados para mí.
 - b. Solicitar al personal no médico que abandone la habitación del examen de telesalud.
 - c. Finalizar la consulta en cualquier momento.
7. Mis preguntas sobre los riesgos y beneficios han sido respondidas, y me han consultado sobre toda práctica alternativa en un lenguaje que comprendo.

8. Entiendo que tengo el derecho de retener o revocar mi consentimiento para usar telesalud durante el curso de mi atención médica en cualquier momento, sin que ello afecte mi derecho a un tratamiento médico futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento contactando al Centro de Salud al (541) 672-2691.
9. Entiendo que seré responsable por todo copago o coaseguro que pueda ser aplicable a mi visita de telesalud.
10. Entiendo que la visita de telesalud quedará documentada en mis expedientes clínicos.
11. Entiendo que tengo el derecho de elegir otro proveedor y que seré notificado de que al seleccionar otro proveedor, podría haber una demora en el servicio y la potencial necesidad de viajar para una visita presencial.

Por el presente presto mi consentimiento informado para tratamiento mediante telesalud.

Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)

Fecha

Aclaración del paciente

Aclaración del firmante y relación si no es el paciente