

# TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

## PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

*Paquete Actualizado 01/01/25*

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
<b>Atención primaria centrada en el paciente</b>			
<b>Clínica de atención primaria de Roseburg</b> 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 440-3500	Lunes a jueves, 7am-6pm Viernes, 7am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 440-3500</i>
<b>Clínica de atención primaria de Winston</b> 671 SW Main Street, Winston, OR 97496	(541) 492-4550		
<b>Sedes de servicios de salud mental</b>			
<b>Coos County</b> 400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459	(541) 751-0357	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 266-6800</i>
<b>Curry County</b> 29845 Airport Way, Gold Beach, OR 97444 615 5th St., Brookings, OR 97415 1403 Oregon St., Port Orford, OR 97465 (por cita)	(877) 408-8941	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado 12-1 por almuerzo</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (877) 519-9322</i>
<b>Douglas County</b> 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 440-3532	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (800) 866-9780</i>
<b>Adapt servicios psiquiátricos-Roseburg</b> 621 W Madrone, Roseburg, OR 97470	(541) 229-8973		
<b>Sedes de servicios tratamiento por abuso de sustancias</b>			
<b>Coos County</b> 400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459	(541) 751-0357	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 266-6800</i>
<b>Curry County</b> 1403 Oregon St., Port Orford, OR 97465 (por cita) 29845 Airport Way, Gold Beach, OR 97444 615 5th St., Brookings, OR 97415	(877) 408-8941	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado 12-1 por almuerzo</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (877) 519-9322</i>
<b>Douglas County</b> 621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	(541) 492-0152	Lunes a viernes, 8am-5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (800) 866-9780</i>
<b>Josephine County</b> 356 NE Beacon Drive, Grants Pass, OR 97526	(541) 474-1033	Lunes, martes, jueves, y viernes, 8am-5pm <i>Miércoles cerrado 1pm-3pm</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 474-5360</i>

---

## 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](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 DUIL manual
- Remisión de DUIL de ADES y registro de conducción de DMV
- Documentos judiciales

### Citas: Programación, reprogramación o cancelación

Comuníquese con nuestra oficina por el (541) 751-0357 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 DUIL
- 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

## REGISTRO DE PACIENTE PEDIÁTRICO NUEVO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Nombre preferido:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Apellido de nacimiento:	
N.º de seguro social:			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono (indique su teléfono principal):			
<input type="checkbox"/> Teléfono de la casa: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____			
<input type="checkbox"/> Teléfono para mensajes: _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico: _____			
Estado de estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante			
INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR			
Nombre de la madre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Nombre del padre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
<b>Tutor legal o representante del paciente si es distinto del indicado arriba:</b> Si el paciente tiene un tutor legal o representante, proporcione esa información ( <i>se requiere prueba en caso de tutor legal, representante, poder notarial médico, etc.</i> ).			
Nombre del tutor legal o representante: _____ Fecha de nacimiento: _____			
N.º de seguro social: _____ Teléfono: _____			
Nombre de la persona con la que vive principalmente el paciente: _____			
Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____			
PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DEL PACIENTE			
Nombre de la persona responsable:	Fecha de nacimiento:		
N.º de seguro social:	Teléfono:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS** (*proporcione copias de sus tarjetas de seguro*)

**Nombre del seguro principal:**

N.º de grupo:	N.º de póliza:
Nombre del titular de la póliza (TP):	Fecha de nacimiento del TP:
N.º de seguro social del TP:	Relación del TP con el paciente:

**Nombre del seguro secundario** (*si aplica*):

N.º de grupo:	N.º de póliza:
Nombre del titular de la póliza (TP):	Fecha de nacimiento del TP:
N.º de seguro social del TP:	Relación del TP con el paciente:

**Díganos si alguna de las siguientes situaciones aplica al paciente** (*marque todas las que correspondan*):

- El paciente es un empleado actual de Adapt.  
 Un familiar directo del paciente es empleado de Adapt.  
 El paciente tiene una relación cercana con un empleado de Adapt.

*Si ha marcado alguna de las afirmaciones, proporcione el nombre del empleado y el departamento.*

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**Fuente de la referencia:**  Coordinador de extensión  Amigo  Familiar  Medios de comunicación/periódico  
 Radio  Televisión  Facebook  Anuncio digital  Correo directo  Cartelera

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE/CLIENTE**

Adapt es una organización sin fines de lucro comprometida a atender las necesidades de nuestra comunidad. Esta información nos permitirá acceder a ayudas adicionales para seguir ayudando a residentes sin seguro y desatendidos, y a identificar a pacientes que puedan calificar para programas o servicios especiales. La información pasará a formar parte de su registro confidencial de paciente. Ninguna información revelada en esta sección afectará su acceso a la atención ni a los programas gubernamentales en los que pueda participar.

**Estado civil:**  Soltero  Casado  Otro

**¿Hijo dependiente de veterano?**  Sí  No

**¿Está sin hogar?**  Sí  No

**Si la respuesta es "Sí", especifique:**  En riesgo de quedarse sin hogar  Niño en riesgo de quedarse sin hogar  
 Actualmente con hogar (estuvo sin hogar en los últimos 12 meses)  Albergue desconocido para personas sin hogar  
 Vive en un albergue  Sin hogar, viviendo temporalmente con otros  Vivienda de apoyo permanente  
 Hotel de ocupación individual  Calle, campamento, puente  Vivienda de transición

**Estado de vivienda del paciente:**  Vehículo  Inestable  Temporal  Estable/permanente  
 Centro de recuperación  Otro

**Vivienda pública (Sección 8/HUD):**  Sí  No

**Migrante/estacional:**  Migrante  Estacional  Ninguno

**Afiliación tribal actual del paciente:**  No aplica

Tribu Paiute de Burns  Tribu Cow Creek Band de Umpqua  Tribus Confederadas de Grant Ronde  
 Tribus indias Coquille  Tribus Confederadas de Coos/Lower Umpqua/Siuslaw  Tribus Confederadas de Umatilla  
 Tribus Confederadas de Warm Springs  Otro (*especifique*):

**¿Recibe beneficios en efectivo del TANF?**  Sí  No

**Fuente de ingresos (marque una):**  Salarios  Asistencia pública  Jubilación/pensión/SSI  
 Discapacidad/SSDI  Otro (*especifique*):

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PACIENTE** (*responda todas las preguntas*)

**Orientación sexual del paciente (marque una):**  Heterosexual  Bisexual  Algo más  No sabe  
 Elige no divulgar  Gay  Lesbiana  Pansexual  Queer  Omnisexual  Asexual

**Identidad de género del paciente (marque una):**  Femenino  Masculino  Transgénero (F a M)  
 Transgénero (M a F)  Otro  Elige no divulgar  No binario/género queer  Cuestionándose  Dos espíritus

**Sexo asignado al paciente al nacer (marque uno):**  Mujer  Hombre  Intersexual  Desconocido  
 No registrado en el acta de nacimiento

**Pronombres (marque uno):**  Ella  Él  Elle  Otro  Nombre del paciente  Prefiere no contestar  
 Desconocido

**INGRESOS FAMILIARES/DEL HOGAR**

**Marque el monto más cercano a su ingreso mensual del hogar para el número total de personas en su hogar:**

<b>Número de personas en el hogar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 1,568	<input type="checkbox"/> 2,129	<input type="checkbox"/> 2,689	<input type="checkbox"/> 3,250	<input type="checkbox"/> 3,810	<input type="checkbox"/> 4,370
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 1,882	<input type="checkbox"/> 2,555	<input type="checkbox"/> 3,227	<input type="checkbox"/> 3,900	<input type="checkbox"/> 4,572	<input type="checkbox"/> 5,245
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 2,196	<input type="checkbox"/> 2,980	<input type="checkbox"/> 3,765	<input type="checkbox"/> 4,550	<input type="checkbox"/> 5,334	<input type="checkbox"/> 6,119
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 2,510	<input type="checkbox"/> 3,406	<input type="checkbox"/> 4,303	<input type="checkbox"/> 5,200	<input type="checkbox"/> 6,096	<input type="checkbox"/> 6,993
Si los ingresos del hogar son superiores a todos los montos listados, marque la casilla correspondiente al tamaño de su hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si hay más de 6 personas en su hogar, ¿cuántas personas hay en total? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? \_\_\_\_\_

Prefiero no proporcionar mi información financiera.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Nombre en letra de imprenta/Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

\* En caso de que un representante legal distinto de un padre o madre de un menor firme esta autorización, se debe adjuntar la documentación que acredite la autoridad legal (por ejemplo, Poder Notarial de Atención Médica o Formulario de Representante de Atención Médica Notariado).



## TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

<b>Fecha de hoy</b>				
<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial 2º nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ESTADO DE DESINTOXICACIÓN</b>				
<b>¿Alguna vez a tomado alguno de los siguientes medicamentos ansiolíticos (benzodiazepinas)?</b>				
<input type="checkbox"/> Ativan	<input type="checkbox"/> Dalmane	<input type="checkbox"/> Halcion	<input type="checkbox"/> Prosom	<input type="checkbox"/> Serax
<input type="checkbox"/> Xanax	<input type="checkbox"/> Doral	<input type="checkbox"/> Niravan	<input type="checkbox"/> Restoril	<input type="checkbox"/> Tranxene
En caso afirmativo, fecha del último uso: _____ ¿Lo usa actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se lo recetaron? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>¿Ha presentado o presenta síndrome de abstinencia de alcohol o ansiolíticos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso de que la respuesta sea afirmativa, enumere los síntomas:				
<b>Consumo actual de drogas</b>	<b>Consumo en los 7 días pasados</b>	<b>¿Uso intravenoso?</b>	<b>¿Con qué frecuencia/cuánto?</b>	<b>¿Por cuánto tiempo?</b>
<b>Consumo de tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Consumo previo <input type="checkbox"/> Consumo actual				
<b>Si está consumiendo:</b> <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> Sin humo <input type="checkbox"/> Vaporizador				
¿Cuánto/con qué frecuencia consume tabaco?				
<b>¿Tiene tarjeta de marihuana medicinal?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>¿Ha recibido tratamiento antes?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, indique los programas y años:</b>				
<b>¿A cuántos grupos de autoayuda (AA, NA, etc.) asiste normalmente en un mes?</b>				
<b>INFORMACIÓN MÉDICA</b>				
<b>¿Está actualmente embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizás				
En caso afirmativo, ¿de cuánto tiempo es su embarazo?				
<b>Nombre del médico de atención primaria:</b>			<b>Teléfono:</b>	
<b>Nombre del proveedor dental:</b>			<b>Teléfono:</b>	
<b>¿Necesita ayuda para encontrar un médico de atención primaria o un proveedor dental?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Tiene antecedentes de:</b>				
<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Problemas dentales		
<input type="checkbox"/> Infarto, apoplejía cirugía del corazón	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza (frecuentes/intensos)		
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Tos crónica		
<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Lesión/dolor de espalda		
<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> Otra afección médica crónica	<input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio		
<input type="checkbox"/> Dolor crónico				
Si marcó alguna de las afecciones anteriores, explique:				

<b>Alergias a:</b> <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Picaduras de abeja <input type="checkbox"/> Alimentos Enumere las alergias:			
<b>Ha sido diagnosticado con:</b> <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> VIH En caso afirmativo, ¿necesita tratamiento para Hepatitis C / VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, ¿desea que se le realice la prueba de Hepatitis C / VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Se le ha realizado la prueba de tuberculosis (TB)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo ¿Tiene tarjeta de TB actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Toma medicamentos actualmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Tiene suministro para 30 días?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita resurtido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Lista de medicamentos y cantidades (en caso de estar disponible):</b>			
<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Cantidad</b>
<b>ESTADO DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO</b>			
<b>¿Presenta actualmente alguno de los siguientes síntomas?</b> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Pánico/ansiedad <input type="checkbox"/> Paranoia <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Pensamientos o plan suicidas Si marcó ideas o plan suicidas, describa:			
<b>¿Le gustaría hablar hoy con un miembro del equipo de crisis/apoyo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Ha sido alguna vez diagnosticado con una enfermedad mental?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnóstico:			
Nombre del proveedor actual de salud mental:		Teléfono:	
<b>¿Alguna vez les ha mentado a personas importantes para usted sobre la cantidad que ha apostado?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Alguna vez ha sentido la necesidad de apostar más y más dinero?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>ESTADO LEGAL</b>			
<input type="checkbox"/> Libertad bajo palabra <input type="checkbox"/> Libertad condicional <input type="checkbox"/> Tribunal de salud mental <input type="checkbox"/> Tribunal para asuntos de droga <input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:			
<b>¿Tiene algún caso judicial pendiente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, ¿sobre qué?			
<b>¿Tiene cargos actuales o previos por agresión?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Tiene cargos actuales o previos agresión sexual?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>¿Cuántas veces ha sido arrestado por conducir bajo la influencia de intoxicantes (DUI)?</b> <b>¿Otros cargos?</b>			
<b>¿Necesita completar el tratamiento por DUI?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, ¿en qué estado y condado se encontraba su DUI?</b> Estado _____ Condado _____			

<b>¿Quién es el especialista en detección de drogas y alcohol designado por el tribunal?</b>	
<b>Marque las agencias de las que recibe servicios:</b> <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Voc Rehab <input type="checkbox"/> CWP <input type="checkbox"/> Bay Cities <input type="checkbox"/> Translink	
<b>Trabajador de casos de Child Welfare:</b>	Condado: _____
<b>Funcionario de libertad bajo palabra/condicional:</b>	Condado: _____

## ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<p>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 <b>encierra en un círculo</b> la que mejor describa sus sentimientos <b>durante la semana pasada</b>.</p>	

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

**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

<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<p>A continuación, encontrará varias situaciones difíciles o estresantes que algunas veces deben enfrentar las personas. En cada evento, <b>marque una o más de las casillas</b> 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.</p>	
<p><b>Asegúrese de considerar <u>toda su vida</u> (mientras crecía y en la adultez) al revisar la lista de eventos.</b></p>	

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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. En los 30 días pasados, ¿ha presentado alguno de los siguientes síntomas <u>por más de 2 semanas</u> ?		
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sudores nocturnos (tan intensos que ha tenido que cambiarse de ropa o cambiar las sábanas)
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso (no intencional)	<input type="checkbox"/> Mujer: ¿no ha tenido la menstruación en los dos meses pasados?
<input type="checkbox"/> Tos productiva	<input type="checkbox"/> Diarrea (por más de 1 semana)	
<input type="checkbox"/> Tos con sangre	<input type="checkbox"/> Bultos/glándula inflamada en el cuello o axila	
3. ¿Alguna vez le han dicho que tiene tuberculosis (TB)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Algún conocido o persona con la que ha vivido ha sido diagnosticado con TB en el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para TB?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Alguna vez le han dicho que tiene:	<input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C	
8. ¿Usa agujas para drogarse o comparte agujas o jeringas para inyectar drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Consume estimulantes (cocaína/metanfetamina)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Tuvo alguna transfusión de sangre antes de 1992 o recibió productos sanguíneos antes de 1987 por problemas de coagulación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Su madre biológica tenía hepatitis C cuando usted nació?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Alguna vez ha recibido o recibe actualmente diálisis a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona con hemofilia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o para sobrevivir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. ¿Alguna vez, incluso si ha sido solo una vez, se ha inyectado drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso negativo, ¿le gustaría que se la realicen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿se realizó la prueba en los 6 meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez se ha realizado la prueba sanguínea para el virus de hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso negativo, ¿le gustaría que se la realicen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿se realizó la prueba en los 6 meses pasados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Cómo calificaría su riesgo de infectarse con VIH (el virus del sida)?	
<input type="checkbox"/> Sé que estoy infectado.	<input type="checkbox"/> Creo que NO estoy en riesgo.
<input type="checkbox"/> Creo que estoy en alto riesgo.	<input type="checkbox"/> No estoy seguro de cuál es mi riesgo.
<input type="checkbox"/> Creo que estoy en poco riesgo.	
4. ¿Cómo calificaría su riesgo de infectarse con el virus de hepatitis C?	
<input type="checkbox"/> Sé que estoy infectado.	<input type="checkbox"/> Creo que NO estoy en riesgo.
<input type="checkbox"/> Creo que estoy en alto riesgo.	<input type="checkbox"/> No estoy seguro de cuál es mi riesgo.
<input type="checkbox"/> Creo que estoy en poco riesgo.	

Las siguientes preguntas le 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
- Esloveno(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.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé
- 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.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago más recientes (últimos 30 días).             | <input type="checkbox"/> Carta de adjudicación de la indemnización por accidente de trabajo. | <input type="checkbox"/> 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). |
| <input type="checkbox"/> Verificación de desempleo.  | <input type="checkbox"/> Órdenes judiciales de cualquier demanda.                            | <input type="checkbox"/> Verificación de los cupones de alimentos.  |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente (si es autónomo). | <input type="checkbox"/> Prueba de las ganancias de juegos de azar (premios de lotería).     | <input type="checkbox"/> Becas escolares.   |
| <input type="checkbox"/> Cartas de adjudicación del seguro social o de la discapacidad.    | <input type="checkbox"/> Prueba de pagos de anualidades.                                     |   |
| <input type="checkbox"/> Carta de concesión de la pensión.                                 | <input type="checkbox"/> Recibos de bienes vendidos o servicios prestados.                   |   |
| <input type="checkbox"/> 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 Opcional (últimos 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:	<b>Facilite la documentación justificativa de cada fuente de ingresos indicada.</b>					
Sueldo/Salario	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro social	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de niños	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Compensación para los trabajadores	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Venta de bienes	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Otro _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<b>TOTAL</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

**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: \_\_\_\_\_

## RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE LAS POLÍTICAS DE LA AGENCIA

### **Proveedores de servicios auxiliares y personal**

Entiendo que, de forma ocasional, otras personas pueden observar o facilitar mi atención, incluidos, entre otros, estudiantes de la profesión médica y profesionales administrativos o de atención médica en orientación o capacitación.

### **Servicio de transcripción médica/IA (servicios de transcripción)**

Entiendo que se puede utilizar un servicio profesional de transcripción médica o un servicio de transcripción mediante IA (servicios de transcripción) durante mi visita para ayudar a mis proveedores con la documentación, sin costo para mí. Entiendo que el servicio de transcripción puede ser virtual. También entiendo que los servicios de transcripción médica siguen un código de ética profesional que garantiza que toda la información médica discutida con mis proveedores y otro personal de la clínica se mantendrá confidencial.

### **Servicios de telemedicina**

Su proveedor puede ofrecerle visitas de telemedicina. Las visitas de telemedicina se llevan a cabo de manera segura dentro del entorno protegido del expediente médico electrónico. Puede rechazar la participación en una visita individual de telemedicina informándole a la persona que programa la cita que no quiere tener una visita de telemedicina. Es posible que algunos proveedores y servicios solo estén disponible a través de servicios de telemedicina. La visita se registra en un expediente médico electrónico, de la misma manera que se haría en una visita física.

### **Certificación de discapacidad y adaptaciones especiales**

Entiendo que el centro de salud limita los servicios prestados a aquellos que son de naturaleza clínica. Cualquier solicitud de servicios administrativos adicionales, como certificación de discapacidad y adaptaciones especiales, que requiera una determinación de discapacidad deberá ser proporcionada por un proveedor médico o de salud conductual en otro lugar. El papeleo para la incapacidad a corto plazo o FMLA/OFLA realizado por un proveedor de Adapt puede completarse y estará sujeto a un cargo administrativo de \$25. La razón de esta política es evitar que el desempeño de funciones administrativas interfiera con la atención al paciente.

### **Responsabilidad financiera y consentimiento para facturación**

Todos los clientes tienen la responsabilidad de pagar la totalidad de los servicios. Entiendo que es mi responsabilidad consultar con mi compañía de seguros para verificar la cobertura de los servicios. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible, copago, coseguro, servicios no cubiertos o servicios que mi compañía de seguros considere no médicamente necesarios. Los copagos y el coseguro se cobrarán en el momento del servicio. También puedo elegir que no se facture a mi seguro por una visita específica y, en ese caso, seré responsable del costo total sin descuento de los servicios que se me proporcionen en esa visita. Entiendo que si mi cheque es devuelto por fondos insuficientes (NSF) o si se emite sobre una cuenta cerrada, se me aplicará un cargo de procesamiento de \$25. Entiendo que si no realizo mis pagos programados o no hago arreglos de pago con el departamento de facturación de Adapt, mi cuenta podría ser asignada a una agencia de cobros externa.

### **Cesión de beneficios del seguro**

Entiendo que esto sirve como una cesión directa de mis beneficios médicos de Medicare, Medicaid, de otra compañía gubernamental o de cualquier compañía de seguros comercial/privada, para que sean pagados a Adapt. Si recibo pagos directamente de mi compañía de seguros, acepto llevarlos a Adapt como pago a mi cuenta.

#### Información de laboratorio:

- Las pruebas realizadas en la clínica son facturadas como cortesía a las compañías de seguros por Adapt.
- Las muestras recolectadas y enviadas a laboratorios externos serán facturadas por el laboratorio que las realice. Algunos centros disponen de Mercy y Cordant en el mismo centro para la conveniencia del paciente, pero estos no forman parte de Adapt.

#### **Cargos basados en tarifas para citaciones civiles**

Para las citaciones emitidas por un asunto civil, Adapt facturará al abogado u otro solicitante (demandante o demandado) una tarifa fija de \$1000 por clínico por día. Se facilitará una factura al solicitante, que deberá pagarse antes de la fecha de la comparecencia. Las exenciones por motivos de ingresos, por ejemplo, pueden estudiarse caso por caso.

#### **Derivaciones**

Entiendo que puedo elegir recibir pruebas diagnósticas o tratamientos/servicios de atención médica en un centro distinto al recomendado por mi profesional de atención médica. Entiendo que si decido realizarme la prueba diagnóstica, el tratamiento de atención médica o el servicio en un centro distinto del recomendado por mi profesional de atención médica, seré responsable de determinar el alcance de la cobertura o la limitación de esta, según corresponda. Ningún profesional de la salud puede denegar, limitar o retirar una derivación por el simple hecho de que yo decida realizarme la prueba diagnóstica o el tratamiento de atención médica o servicio en un centro distinto del recomendado por el profesional de atención médica.

#### **Mensajes telefónicos, de texto y de correo electrónico**

Podemos ponernos en contacto con usted en relación con su atención médica utilizando los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico que nos proporcione. Esto puede incluir el uso de un sistema automatizado de marcación telefónica, mensajes de voz pregrabada o sintética, mensajes de texto o correo electrónico. Cuando nos pongamos en contacto con usted de esta manera, se le dará la oportunidad de optar por no recibir comunicaciones similares en el futuro. Nuestros mensajes pueden incluir, entre otras cosas, información sobre recordatorios de citas, planificación de altas, facturación, recordatorios sobre recetas, oportunidades de investigación, nuestros productos y servicios, alternativas de tratamiento, su salud en general y notificaciones reguladoras proporcionadas en lugar del correo de primera clase. Debido a que los mensajes de texto y los correos electrónicos no están cifrados, existe el riesgo de que otra persona pueda leer o acceder a estos mensajes. Por lo tanto, tomamos medidas para limitar la cantidad de información de salud protegida que contienen. Si no desea recibir este tipo de mensajes de texto o correos electrónicos, comuníquese con nosotros y le haremos firmar nuestro formulario de exclusión. También puede optar por no recibir mensajes de texto de Adapt en cualquier momento respondiendo STOP a cualquier mensaje de texto recibido.

#### **Directivas anticipadas**

Confirmando que, en el momento de la admisión, Adapt ofrece la oportunidad de completar o proporcionar copias de cualquier documento de directivas anticipadas. Si recibo servicios de alguno de los programas de salud conductual certificados por el estado de Adapt, el personal me proporcionará información sobre el Formulario de Declaración de Tratamiento de Salud Mental de Oregón, su propósito y los datos de contacto de una persona que pueda responder a preguntas adicionales.

#### **Registro de votantes**

Entiendo que el personal ofrecerá la oportunidad de registrarse para votar durante la admisión.

### **Aviso de prácticas de privacidad**

Entiendo que es política de Adapt ofrecer a los pacientes una copia impresa y la oportunidad de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA.

### **Derechos del paciente**

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

- Política sobre derechos individuales
- Política y formulario de quejas
- Políticas sobre prestación de servicios

### **Información importante para el cliente**

**Para proporcionar o pagar por los servicios de salud:** Si Adapt Integrated Health Care está actuando como proveedor de sus servicios de salud o pagando por esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregón o el Programa de Medicaid, usted puede optar por no firmar este formulario. Esa opción **no afectará** negativamente su capacidad para recibir servicios **de salud, a menos que los servicios** de salud sean únicamente para el propósito de proporcionar información médica a otra persona y la autorización sea necesaria para realizar esa divulgación. (Algunos ejemplos serían valoraciones, pruebas o evaluaciones).

Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otras agencias no gubernamentales.

**Este formulario es voluntario.** Adapt Integrated Health Care no puede condicionar la prestación de tratamiento, el pago o la inscripción en programas de atención médica financiados por el gobierno a la firma de esta autorización, excepto como se describe anteriormente. Sin embargo, se le debe proporcionar información precisa sobre cómo la decisión de no autorizar la divulgación de información podría afectar negativamente la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le refiera a un solo servicio que pueda ayudarle 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 por objeto confirmar sus indicaciones.

### **Redivulgación:**

Un consentimiento por escrito para utilizar o divulgar registros para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica puede estar sujeto a redivulgación por parte del receptor y ya no estar protegido por esta sección.

Este consentimiento no puede combinarse con un consentimiento para el uso y la divulgación de registros (o testimonio que transmita información contenida en un registro) en una investigación o procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo.

### **Ayuda para usar este formulario:**

*Términos usados:* El intercambio mutuo permite que la información circule de ida y vuelta entre Adapt Integrated Health Care, y la persona u organización mencionada en la autorización.

*Asistencia:* Siempre que sea posible, un miembro del personal de Adapt Integrated Health Care debe completar este formulario con usted. Asegúrese de entender el formulario antes de firmarlo. No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que permite. Puede sustituir su firma por una marca o pedir a una persona autorizada que firme en su nombre.

*Menores:* Si es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información sobre salud mental o consumo de sustancias si tiene 14 años o más; para la divulgación de cualquier información sobre enfermedades de transmisión sexual o anticonceptivos, sin importar su edad; para la divulgación de información médica general, si tiene 15 años o más.

*Atención especial:* Para la información sobre VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento por consumo de alcohol/drogas, la autorización debe identificar claramente la información especial que puede ser divulgada.

Al leer y firmar este formulario, acepto mis derechos y responsabilidades como paciente y otorgo mi consentimiento para el tratamiento y los servicios prestados por Adapt. Además, al firmar este formulario, certifico que no oculté información sobre cobertura de seguro existente en el momento de este servicio y que no existe ninguna otra cobertura de seguro además de la que he proporcionado. Acepto total responsabilidad por todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. He autorizado a Adapt a divulgar toda la información necesaria a mi compañía de seguros para realizar el pago. He leído y entiendo la información anterior, y autorizo que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a Adapt por los servicios proporcionados, incluyendo mi información sobre el tratamiento por el consumo de sustancias como parte del consentimiento único para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

**Nombre del paciente en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\* En caso de que un representante legal que no sea uno de los padres del menor firme esta autorización, deberá adjuntarse documentación que acredite su autoridad legal (p. ej., poder notarial para la atención médica o formulario notariado de representante para la atención médica).

### SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Intentamos obtener el reconocimiento por escrito de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y otras políticas de la agencia en este documento, pero no se pudo obtener el reconocimiento debido a que:

- La persona se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- Una emergencia nos impidió obtener el reconocimiento
- Otros (especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del personal de Adapt: \_\_\_\_\_

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO CON AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (ROI) PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES**

### **Consentimiento para tratamiento médico**

Otorgo mi consentimiento para recibir tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo, entre otros, pruebas diagnósticas, análisis de laboratorio, inyecciones, operaciones menores y extirpación/eliminación de tejidos, según lo considere aconsejable o necesario el proveedor de atención médica que me atienda.

### **Consentimiento para servicios de salud conductual**

Otorgo mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual según sea apropiado para ayudar con mi tratamiento médico, incluyendo, entre otros, la evaluación y el tratamiento de afecciones de salud mental o abuso de sustancias.

### **Divulgación de información y consentimiento único para tratamientos, pagos y operaciones sanitarias**

Confirmando que se me proporcionó el Aviso de prácticas de privacidad de Adapt y que cualquier uso o divulgación de información no permitida por la ley requerirá mi autorización. Autorizo a Adapt a proporcionar a mis compañías de seguros, por correo, fax, de forma electrónica o verbal, cualquier información necesaria para determinar los beneficios pagaderos y facturar los servicios prestados. Algunos departamentos de Adapt están sujetos a protecciones federales adicionales de la privacidad para los programas de tratamiento por consumo de sustancias. Si mis servicios incluyen información protegida bajo el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2 como parte de un programa de tratamiento de consumo de sustancias, al firmar a continuación, autorizo a **Adapt Integrated Health Care** a usar y divulgar mi información de salud protegida, *incluidos todos los registros y los registros de un programa* de tratamiento por consumo de sustancias, a mis **proveedores de atención, planes de salud, pagadores terceros y personas que colaboren en la operación de este programa**, con fines de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica.

#### *Divulgación*

Cualquier registro que se divulgue bajo este consentimiento puede ser divulgado nuevamente por esa entidad sin su consentimiento por escrito, en la medida en que las regulaciones de la HIPAA permitan dicha divulgación.

#### *Vencimiento*

Este consentimiento actúa como un intercambio mutuo de información hacia y desde las entidades mencionadas. Esta autorización de consentimiento único para todos los usos y divulgaciones para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica puede ser actualizada según lo necesite la organización, en cuyo momento se requerirá una firma nueva. Este consentimiento termina cuando se termine la prestación de los servicios, y se hayan completado todas las comunicaciones programáticas y la coordinación de atención requeridas.



*Derecho de revocación*

Entiendo que puedo revocar esta autorización **por escrito** en cualquier momento. Entiendo que la revocación de esta autorización **no** afectará ninguna acción que Adapt Integrated Health Care haya tomado en virtud de esta autorización antes de recibir mi notificación de revocación. Tampoco afectará a ninguna información que ya se haya divulgado.

**Nombre del paciente en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\* En caso de que un representante legal que no sea uno de los padres del menor firme esta autorización, deberá adjuntarse documentación que acredite su autoridad legal (p. ej., poder notarial para la atención médica o formulario notariado de representante para la atención médica).