

TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

Paquete Actualizado 04/01/25

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
Atención primaria centrada en el paciente			
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	Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 440-3500
Clínica de atención primaria de Winston 671 SW Main Street, Winston, OR 97496	(541) 492-4550		
Sedes de servicios de salud mental			
Coos County 400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459	(541) 751-0357	Lunes a viernes, 8am-5pm Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 266-6800
Curry County 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 Cerrado 12-1 por almuerzo Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (877) 519-9322
Douglas County 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
Adapt servicios psiquiátricos-Roseburg 621 W Madrone, Roseburg, OR 97470	(541) 229-8973		
Sedes de servicios tratamiento por abuso de sustancias			
Coos County 400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459	(541) 751-0357	Lunes a viernes, 8am-5pm Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 266-6800
Curry County 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 Cerrado 12-1 por almuerzo Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (877) 519-9322
Douglas County 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
Josephine County 356 NE Beacon Drive, Grants Pass, OR 97526	(541) 474-1033	Lunes, martes, jueves, y viernes, 8am-5pm Miércoles cerrado 1pm-3pm Cerrado sábados y domingos	Línea de atención de crisis de 24 horas (541) 474-5360

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) 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 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

REGISTRO DE PACIENTE PEDIÁTRICO NUEVO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		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): ☐ Teléfono de la casa: _____ ☐ Teléfono celular: _____ ☐ Teléfono para mensajes: _____ ☐ Correo electrónico: _____				
Estado de estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ 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:
Tutor legal o representante del paciente si es distinto del indicado arriba: 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.° de grupo:	N.° de póliza:
Nombre del titular de la póliza (TP):	Fecha de nacimiento del TP:
N.° de seguro social del TP:	Relación del TP con el paciente:

Nombre del seguro secundario *(si aplica):*

N.° de grupo:	N.° de póliza:
Nombre del titular de la póliza (TP):	Fecha de nacimiento del TP:
N.° 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*):

Nivel escolar más alto completado por el paciente:

INGRESOS FAMILIARES/DEL HOGAR

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

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

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).

Las siguientes preNos 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**?

TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Fecha de hoy				
Apellido	Nombre	Inicial 2° 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 ☐ Infarto, apoplejía cirugía del corazón ☐ Convulsiones ☐ DT ☐ Lesiones en la cabeza	☐ Problemas de visión ☐ Presión sanguínea alta ☐ Alucinaciones ☐ Diabetes ☐ Otra afección médica crónica	☐ Problemas dentales ☐ Dolores de cabeza (frecuentes/intensos) ☐ Tos crónica ☐ Lesión/dolor de espalda ☐ 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:			
¿Le gustaría hablar hoy con un miembro del equipo de crisis/apoyo? ☐ Sí ☐ No			
¿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			
¿Tiene cargos actuales o previos agresión sexual? ☐ Sí ☐ No			
¿Cuántas veces ha sido arrestado por conducir bajo la influencia de intoxicantes (DUI)? ¿Otros cargos?			
¿Necesita completar el tratamiento por DUI? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué estado y condado se encontraba su DUI? Estado _____ Condado _____			

¿Quién es el especialista en detección de drogas y alcohol designado por el tribunal?

Marque las agencias de las que recibe servicios: ☐ Mental Health ☐ Voc Rehab ☐ CWP ☐ Bay Cities ☐ Translink

Trabajador de casos de Child Welfare: Condado: _____

Funcionario de libertad bajo palabra/condicional: Condado: _____

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.	

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 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:	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: _____

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).