

# **SALUD MENTAL**

## **PAQUETE PARA NUEVOS PACIENTES PEDIÁTRICOS**

*Paquete Actualizado 02/01/26*

Líder en Oregón en atención primaria centrada en el paciente, atención sanitaria conductual y prevención.

[www.adaptoregon.org](http://www.adaptoregon.org)

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

<b>Condado de Douglas</b>		
 <b>Atención primaria y medicina del comportamiento</b> (541) 440-3500  621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	De lunes a jueves, de 7am a 6pm Viernes, de 7am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Servicio de respuesta fuera del horario de atención</i> (541) 440-3500
 <b>Atención primaria y medicina del comportamiento</b> (541) 492-4550  671 SW Main Street, Winston, OR 97496	De lunes a jueves, de 7am a 6pm Viernes, de 7am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Servicio de respuesta fuera del horario de atención</i> (541) 492-4550
 <b>Servicios médicos psiquiátricos</b> (541) 229-8973  621 W Madrone, Roseburg, OR 97470  680 Fir Street, Reedsport, OR 97467 <i>(solo con cita previa)</i>	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Fuera del horario de atención y fines de semana</i> <i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (800) 866-9780
 <b>Servicios de salud mental para adultos</b> (541) 440-3532  621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470 (541) 229-8973  680 Fir Street, Reedsport, OR 97467 <i>(solo con cita previa)</i>	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	
 <b>Servicios de tratamiento por consumo de sustancias para adultos</b> (541) 672-1761  621 W Madrone Street, Roseburg, OR 97470	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	
 <b>Servicios de salud mental para jóvenes</b> (541) 229-8934  548 SE Jackson St., Roseburg, OR 97470	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	
 <b>Servicios de tratamiento por consumo de sustancias para jóvenes</b> (541) 492-0172  548 SE Jackson St., Roseburg, OR 97470	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	
<b>Condado de Coos</b>		
 <b>Servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias para adultos y jóvenes</b> (541) 751-0357  400 Virginia Ave., Suite 201, North Bend, OR 97459	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (541) 266-6800
<b>Condado de Curry</b>		
 <b>Servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias para adultos y jóvenes</b> (877) 408-8941  615 5th St., Brookings, OR 97415  29845 Airport Way, Gold Beach, OR 97444  1403 Oregon St., Port Orford, OR 97465 <i>(solo con cita previa)</i>	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado de 12 a 1 pm por almuerzo</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (877) 519-9322
<b>Condado de Josephine</b>		
 <b>Servicios de tratamiento de salud mental y por consumo de sustancias para adultos y jóvenes</b> (541) 474-1033  356 NE Beacon Drive, Grants Pass, OR 97526	De lunes a viernes, de 8am a 5pm <i>Cerrado los miércoles, de 1pm a 3pm</i> <i>Cerrado sábados y domingos</i>	<i>Línea de atención de crisis de 24 horas</i> (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](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 salud mental

Se dice que un viaje de mil millas comienza con el primer paso. Como Programa Comunitario de Salud Mental y proveedor de servicios de salud mental del condado de Coos, estamos comprometidos a mejorar el acceso a tratamientos y servicios de apoyo de la más alta calidad. Nuestro equipo especializado de psiquiatras, enfermeros especializados en psiquiatría, enfermeros y profesionales de salud mental con licencia trabajará con usted a fin de que adquiera las habilidades y los recursos necesarios para tener éxito en el hogar, el trabajo y la comunidad.

### A quiénes brindamos servicios

---

Brindamos atención integral de salud mental a niños, adolescentes, adultos y familias. Se brindan los servicios de salud mental a todos los residentes del condado de Coos.

### Cómo prepararse para su primera cita de salud mental

---

- Llegue 30 minutos antes de su primera cita.
- 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.
- Esté preparado para pagar su copago si lo requiere su plan de seguro.
- Prepárese para hablar de sus principales preocupaciones de salud con su proveedor; se pueden programar citas de seguimiento después de su visita inicial.

### Citas de Open Access

---

Nos complace ofrecer citas de Open Access o servicios para el mismo día, de manera limitada. Para obtener más información sobre Open Access, llame a Salud Mental del condado de Coos al (541) 751-0357.

### Nuestros servicios de salud mental

---

#### Línea de atención 24 horas de crisis de salud mental

- Lunes – Viernes, 8am – 5pm  
(541) 751-0357
- Fuera del horario de atención y fines de semana  
(541) 266-6800

#### Pacientes externos adultos

- Evaluación global y planificación del tratamiento
- Asesoramiento individual y de grupo
- Gestión de casos

**PROGRAMA DE DESCUENTO DE ESCALA VARIABLE**

Conserve esta página para sus archivos.

Complete la siguiente página y devuélvala a Adapt a más tardar en la fecha de vencimiento que se muestra arriba.

Adapt Integrated Health Care ofrece un Programa de Descuento de Escala Variable para ayudar a reducir el costo de la atención para los pacientes que califican. **Se anima a todos los pacientes a presentar una solicitud para obtener un descuento de escala variable**, incluidos los pacientes con seguro médico. La elegibilidad se basa en el número de integrantes de la familia y en los ingresos combinados del grupo familiar. No se rechaza a nadie debido a la falta de fondos.

- Debe enviar el formulario de solicitud de descuento de escala variable dentro de los 14 días posteriores a su visita para obtener un descuento por esa visita. Si lo devuelves más tarde, el descuento comenzará en la fecha en que lo recibamos.
- No se pueden aplicar descuentos a visitas pasadas.
- Una vez que procesemos su solicitud, recibirá una carta por correo postal informándole para qué descuento califica.
- Los descuentos duran un año. En ese momento, deberá proporcionar comprobantes actualizados de sus ingresos. Si su situación financiera o de vivienda cambia antes de esa fecha, debe comunicárselo a Adapt, ya que su descuento puede cambiar.
- Todos los pacientes recibirán un estado de cuenta mensual si hay algún saldo pendiente en su cuenta. Todos los saldos vencen dentro de los 30 días posteriores a la fecha del estado de cuenta. Si no puede pagar su saldo completo, llame a la oficina de facturación de Adapt para establecer un arreglo de pago.
- La información en este formulario también se puede usar para ver si califica para un descuento en los servicios de laboratorio e imágenes para pacientes ambulatorios de CHI Mercy Health solicitados por Adapt Primary Care. Para obtener un descuento de CHI Mercy Health, primero debe presentar una solicitud para Oregon Health Plan. CHI Mercy Health puede solicitar esta información para su revisión.

**Documentos requeridos:** para presentar una solicitud para el descuento de escala variable, incluya copias de los documentos requeridos para todos los miembros de su grupo familiar. **Si alguno de los documentos no se aplica a su grupo familiar, puede omitirlo.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago más recientes, últimos 30 días.              | <input type="checkbox"/> Carta de concesión de manutención infantil.                     | <input type="checkbox"/> Si no tiene ingresos, una carta que explique sus medios de subsistencia o un formulario completado de autodeclaración de ingresos (disponible previa solicitud). |
| <input type="checkbox"/> Verificación de desempleo.  | <input type="checkbox"/> Carta de concesión de compensación al trabajador.               | <input type="checkbox"/> Verificación de los cupones de alimentos.  |
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos federales más reciente (si es autónomo). | <input type="checkbox"/> Órdenes judiciales de cualquier demanda.                        | <input type="checkbox"/> Subvenciones para ayuda con el pago de matrículas.   |
| <input type="checkbox"/> Cartas de adjudicación del seguro social o de la discapacidad.    | <input type="checkbox"/> Prueba de las ganancias de juegos de azar (premios de lotería). |   |
| <input type="checkbox"/> Carta de concesión de la pensión.                                 | <input type="checkbox"/> Prueba de pagos de anualidades.                                 |   |
|  | <input type="checkbox"/> Recibos de bienes vendidos o servicios prestados.               |   |

**Definiciones**

**Grupo familiar:** personas que viven en la misma vivienda y aportan sus recursos de forma conjunta.

**Ingresos:** todo dinero recibido, ya sea sujeto a impuestos o no, de cualquier fuente. Se incluirá todo dinero procedente de la venta de bienes o la prestación de servicios, subvenciones para ayuda con el pago de matrículas, ingresos por jubilación, ingresos de negocios, pagos del Seguro Social o por discapacidad, beneficios de seguro de desempleo, adjudicación de indemnizaciones por cualquier demanda, independientemente de que se consideren «daños económicos» o no, pagos de seguros de vida, pagos de rentas vitalicias, ganancias de juegos de azar y cualquier otro dinero recibido con el fin de ayudar con los gastos del grupo familiar. No se tomarán en cuenta préstamos ni crédito disponible.

**¿Desea presentar una solicitud para descuento de escala variable?**
 **Sí, deseo presentar una solicitud.**

Si la respuesta es "Sí", complete el resto de este formulario de la forma más completa que pueda y firme abajo.

 **No, no deseo presentar una solicitud.**

Si la respuesta es "No", puede presentar la solicitud más adelante en cualquier momento. Firme y escriba la fecha aquí:

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si está presentando una solicitud para el descuento de escala variable, es posible que también califique para Oregon Health Plan (OHP). Si desea presentar una solicitud para OHP y le gustaría recibir ayuda gratuita, pida hablar con un trabajador de divulgación especializado en elegibilidad.**

 ¿Presentó una solicitud de Oregon Health Plan? **S N** si la respuesta es "Sí", fecha en que la presentó: ¿Fue aprobado? **S N**

 ¿Tiene otro seguro? **S N** Si la respuesta es "Sí", ¿qué seguro?

**POR FAVOR, PROPORCIONE ABAJO LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE ESTA CUENTA.**

Nombre de la parte responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Seguro Social (últimos 4 dígitos opcionales): XXX-XX-\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de facturación: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

código postal: \_\_\_\_\_

**Proporcione información de todos los miembros del grupo familiar. Consulte la definición de "grupo familiar" en la página 1.**

Miembro del grupo familiar	1	2	3	4	5	6
Nombre						
Fecha de nacimiento						
Relación con el paciente	YO MISMO					
Ingresos mensuales brutos procedentes de ↓	<b>Proporcione documentación de respaldo para cada fuente de ingresos incluida en la lista.</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 grupo familiar: \_\_\_\_\_ **Cantidad** TOTAL de miembros del grupo familiar: \_\_\_\_\_

Si el ingreso de su grupo familiar es cero, escriba sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_ y proporcione una explicación breve de su situación financiera y de vivienda actual: \_\_\_\_\_

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 procurar la liquidación de esta cuenta. Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y completa. Comprendo que, si se descubre que alguna información es incorrecta, es posible que no sea elegible para que se me considere en el futuro para tarifas reducidas y que cualquier escala variable aplicada en el pasado pueda ser revertida y todas las cuentas ajustadas en consecuencia.

**Firma del paciente/parte responsable:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO\*\*\*\*\*

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

 Con base en la información proporcionada, el paciente mencionado arriba es elegible para un descuento del \_\_\_\_ %.

 Con base en la información proporcionada, el paciente no es elegible para un descuento en este momento.

 El paciente se negó a presentar una solicitud para el descuento de escala variable.

 Información verificada por medio de:  Comprobantes de pago  Declaración de impuestos  Otro \_\_\_\_\_

Miembro del personal que completó el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE PACIENTE PEDIÁTRICO

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			
Nivel escolar más alto completado por el paciente:			
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:

<b>INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS</b> ( <i>proporcione copias de sus tarjetas de seguro</i> )	
<b>Nombre del seguro principal:</b>	
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:
<b>Nombre del seguro secundario</b> ( <i>si aplica</i> ):	
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:
<b>Díganos si alguna de las siguientes situaciones aplica al paciente</b> ( <i>marque todas las que correspondan</i> ):	
<input type="checkbox"/> El paciente es un empleado actual de Adapt. <input type="checkbox"/> Un familiar directo del paciente es empleado de Adapt. <input type="checkbox"/> El paciente tiene una relación cercana con un empleado de Adapt.	
<i>Si ha marcado alguna de las afirmaciones, proporcione el nombre del empleado y el departamento.</i>	
Nombre del empleado: _____	Departamento: _____
Nombre del empleado: _____	Departamento: _____
<b>Fuente de la referencia:</b> <input type="checkbox"/> Coordinador de extensión <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Medios de comunicación/periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Anuncio digital <input type="checkbox"/> Correo directo <input type="checkbox"/> Cartelera	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	
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.	
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro	
<b>¿Hijo dependiente de veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Está sin hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Si la respuesta es "Sí", especifique:</b> <input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Actualmente con hogar (estuvo sin hogar en los últimos 12 meses) <input type="checkbox"/> Albergue desconocido para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Vive en un albergue <input type="checkbox"/> Sin hogar, viviendo temporalmente con otros <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición	
<b>Estado de vivienda del paciente:</b> <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Estable/permanente <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Vivienda pública (Sección 8/HUD):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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*):

**“Descuento según ingresos para pacientes:** ¿Le ofrecieron o recibió una solicitud para el descuento según ingresos (también llamado Solicitud de Descuento Financiero)?

Sí  No

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

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

**Identidad de género del paciente (*marque una*):**  Femenino  Masculino  Transgénero (F a M)  Transgénero (M a F)  
 Otro  Prefiere no revelar  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 responder  
 Desconocido

*Por favor continúe en la página siguiente.*

**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"/> 1,662	<input type="checkbox"/> 2,254	<input type="checkbox"/> 2,845	<input type="checkbox"/> 3,437	<input type="checkbox"/> 4,029	<input type="checkbox"/> 4,620
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 1,995	<input type="checkbox"/> 2,705	<input type="checkbox"/> 3,415	<input type="checkbox"/> 4,125	<input type="checkbox"/> 4,835	<input type="checkbox"/> 5,545
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 2,327	<input type="checkbox"/> 3,155	<input type="checkbox"/> 3,984	<input type="checkbox"/> 4,812	<input type="checkbox"/> 5,640	<input type="checkbox"/> 6,469
Los ingresos del hogar son menores a	<input type="checkbox"/> 2,660	<input type="checkbox"/> 3,606	<input type="checkbox"/> 4,553	<input type="checkbox"/> 5,500	<input type="checkbox"/> 6,446	<input type="checkbox"/> 7,393
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).

**FOR OFFICE USE ONLY (solo para uso de oficina)**

Date Packet Received: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Received By (Staff Initials): \_\_\_\_\_

Date Patient Record Updated: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Completed By (Staff Signature): \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE REGISTRO COMPLEMENTARIO DEL CLIENTE

INFORMACIÓN DEL CLIENTE		
Nombre legal completo del cliente:		
_____ Nombre	_____ Inicial 2° nombre	_____ Apellido
Fecha de nacimiento:		
INFORMACIÓN DE SALUD DEL CLIENTE		
Actualmente embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de menores de 18 años dependientes en el hogar:		
Uso de productos de tabaco: <input type="checkbox"/> Nunca ha usado <input type="checkbox"/> Uso previo <input type="checkbox"/> Uso actual		
¿Cuánto y con qué frecuencia?		
En caso de haber usado: <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Productos de tabaco sin humo <input type="checkbox"/> Vape <input type="checkbox"/> Pipa		
¿Has intentado dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Método utilizado para dejar de fumar (e.g., chicle, parche):		
Nombre del proveedor de atención primaria del cliente:		
INFORMACIÓN LEGAL DEL CLIENTE		
Información legal del cliente: <input type="checkbox"/> Libertad bajo palabra <input type="checkbox"/> Libertad condicional <input type="checkbox"/> Encarcelado		
<input type="checkbox"/> Tribunal de salud mental <input type="checkbox"/> PSRB <input type="checkbox"/> JPSRB <input type="checkbox"/> Internamiento civil <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
Número de detenciones del cliente en el mes pasado:	Total de detenciones:	Total de detenciones de DUII:

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente:

\_\_\_\_\_

\* En caso de que un representante legal que no sea el padre de un menor firme esta Autorización, se debe adjuntar una documentación de autoridad legal (por ejemplo, un poder notarial para la atención médica o un formulario de Representante notario para la atención médica).

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?**

## CONDICIONES PARA EL TRATAMIENTO

### **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**

### 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:

## AUTORIZACIÓN DE CITA Y RECOGIDA

\_\_\_\_\_

**Apellido legal**

\_\_\_\_\_

**Primer nombre**

\_\_\_\_\_

**2.º nombre**

\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento**

Las personas que usted incluya en este formulario pueden ayudarle a programar o cancelar citas. También pueden recoger documentos, recetas médicas y otra información por usted. Sin embargo, no estamos autorizados a hablar con ellas sobre su información médica o de salud mental. Si desea que compartamos su información de salud con otra persona, deberá completar otro formulario llamado Autorización para Divulgar Información (ROI).

_____	_____	_____
<b>Nombre de contacto</b>	<b>Relación</b>	<b>Teléfono</b>
<b>(Marque todas las que correspondan)</b>		
<input type="checkbox"/> Manejo de citas <input type="checkbox"/> Recoger artículos de la clínica, como medicamentos, recetas impresas y correspondencia <input type="checkbox"/> Esta es una persona a la que Adapt puede contactar si tengo una emergencia médica durante mi visita.		

_____	_____	_____
<b>Nombre de contacto</b>	<b>Relación</b>	<b>Teléfono</b>
<b>(Marque todas las que correspondan)</b>		
<input type="checkbox"/> Manejo de citas <input type="checkbox"/> Recoger artículos de la clínica, como medicamentos, recetas impresas y correspondencia <input type="checkbox"/> Esta es una persona a la que Adapt puede contactar si tengo una emergencia médica durante mi visita.		

_____	_____	_____
<b>Nombre de contacto</b>	<b>Relación</b>	<b>Teléfono</b>
<b>(Marque todas las que correspondan)</b>		
<input type="checkbox"/> Manejo de citas <input type="checkbox"/> Recoger artículos de la clínica, como medicamentos, recetas impresas y correspondencia <input type="checkbox"/> Esta es una persona a la que Adapt puede contactar si tengo una emergencia médica durante mi visita.		

La Autorización puede ser modificada o revocada por escrito en cualquier momento. Permanecerá en efecto hasta ese momento. Al firmar a continuación, reconozco que este documento me fue entregado en un idioma que entiendo, ya sea por escrito o leído en su totalidad. Si estoy firmando este documento en nombre de otra persona, reconozco que estoy dando el consentimiento en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_

**Firma del paciente**

\_\_\_\_\_

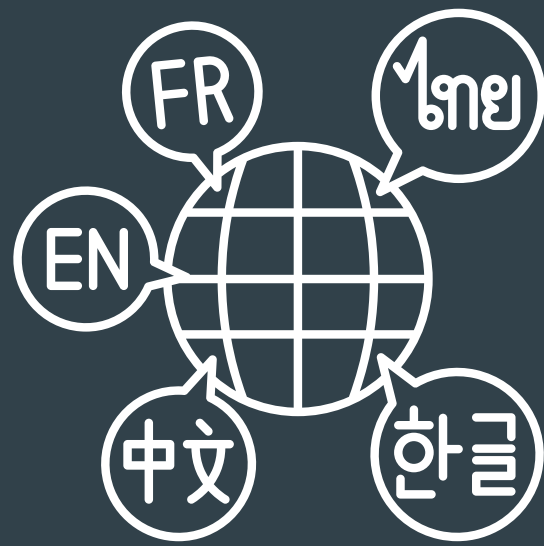
**Fecha**

\_\_\_\_\_

**Firma del padre, madre o tutor legal**

\_\_\_\_\_

**Relación con el paciente**



**American Sign Language**

Point to your language. An interpreter will be called. There is no cost to you. It is your right.



**Chinese**

中文

请指出您的语言。我们将为您安排一位口译员。您无需支付任何费用。这是您的权利。

**Spanish**

Español

Señale su idioma. Se llamará a un intérprete. No tendrá ningún costo para usted. Es su derecho

**French**

le français

Indiquez votre langue. Un interprète sera appelé. Cela ne vous coutera rien. C'est votre droit

**Korean**

한국어

당신의 언어를 가리켜 주세요. 통역사가 호출될 것입니다. 비용은 들지 않습니다. 이것은 당신의 권리입니다

**Japanese**

日本語

「ご自身の言語を指さしてください。通訳が呼ばれます。費用はかかりません。これはあなたの権利です。」

**German**

Deutsch

Zeigen Sie auf Ihre Sprache. Eine Dolmetscherin wird gerufen. Es entstehen Ihnen keine Kosten. Es ist Ihr Recht

**Mon-Khmer, Cambodian**

ខ្មែរ

សូមចង្អុលទៅភាសារបស់អ្នក។ នរណាម្នាក់នឹងត្រូវបានហៅមកបកប្រែ។ អ្នកមិនត្រូវបង់ថ្លៃអ្វីឡើយ។ នេះជាសិទ្ធិរបស់អ្នក។

**Persian**

فارسی

به زبان خود اشاره کنید. یک مترجم فراخوانده خواهد شد. این برای شما هیچ هزینه‌ای ندارد. این حق شماست

**Romanian**

română

Arătați spre limba dumneavoastră. Va fi chemat un interpret. Nu veți avea niciun cost. Este dreptul dumneavoastră

**Russian**

Русский язык

Укажите на свой язык. Будет вызван переводчик. Это бесплатно для вас. Это ваше право

**Cushite**

Kushiyaad

Farta ku fiiq luqaddaada. Turjubaan ayaa laguugu yeeri doonaa. Kharash kugu ma baxayo. Waa xuquuqdaada

**Thai**

ภาษาไทย

ชี้ไปที่ภาษาของคุณ จะมีการเรียกหาล่าม คุณไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ นี่คือนิติของคุณ

**Ukrainian**

українська мова

Вкажіть на свою мову. Буде викликано перекладача. Це безкоштовно для вас. Це ваше право

**Vietnamese**

Tiếng Việt

Chỉ vào ngôn ngữ của bạn. Một thông dịch viên sẽ được gọi. Bạn sẽ không phải trả bất kỳ chi phí nào. Đây là quyền của bạn

**Arabic**

العربية

أشر إلى لغتك. سيتم استدعاء مترجم. لن تتحمل أي تكلفة. هذا من حقك



Point to your language.  
An interpreter will be called.