





# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

## NECESIDADES INDIVIDUALES

Intérprete/Necesidades Especiales (Por favor marque todo lo que corresponde):

- Discapacidad Auditiva/Prótesis     Asistencia de Lectura/Alfabetización     Ninguna     Otro \_\_\_\_\_  
 Idioma de Preferencia: En caso afirmativo, qué Idioma: \_\_\_\_\_

## CONDICIONES DE VIVIENDA

Por favor escoja lo que mejor describa su situación de vivienda

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sin hogar                       | <input type="checkbox"/> Hogar de Crianza Temporal           | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial/Hogar de Grupo  |
| <input type="checkbox"/> Cárcel                          | <input type="checkbox"/> Prisión                             | <input type="checkbox"/> Alojamiento y Comida                    |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo               | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (privada)         | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (con otras personas)  |
| <input type="checkbox"/> Vivienda libre de Alcohol/Droga | <input type="checkbox"/> Hogar Oxford                        | <input type="checkbox"/> Otro tipo de Residencia Privada         |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (Casa)       | <input type="checkbox"/> Residencia Privada (familiar)       | <input type="checkbox"/> Residencia Privada (amistades)          |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial(SUD)    | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (BRS)       | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (CSEC)          |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS)  | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SCIP/SAIP) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial ( SRTF for YAT) |
| <input type="checkbox"/> Desconocido                     |  |  |

## RAZA Y ORIGEN ÉTNICO

Raza (Por favor marque todas las que correspondan)

- Nativo de Alaska  
 Negro/Africano Americano     Asiático  
 Hawaiano/Isla del Pacífico     Otro  
 Indio Americano     Una Raza  
 Una o más razas     Blanco/Caucásico

Origen Étnico (Por favor marque todas las que correspondan)

- Hispano     Centro Americano  
 Puerto Rico     Cubano/a  
 No Hispano     Mexicana/a  
 Otro Específico     Desconocido  
 Otro:



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

Afiliaciones Tribales (Por favor marque todas las que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute                 | <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw |
| <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grand Ronde | <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Siletz                       |
| <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas Umatilla       | <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs                 |
| <input type="checkbox"/> Tribu Coquille Indian              | <input type="checkbox"/> Indios Cow Creek Band de Umpqua                     |
| <input type="checkbox"/> Tribus Klamath                     | <input type="checkbox"/> No Corresponde                                      |
| <input type="checkbox"/> Otra (Por favor describa):         |  |

## SITUACIÓN LEGAL

Por favor escoja la que mejor describa su situación

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cliente Divergente por DUII | <input type="checkbox"/> Cliente Convicto por DUII        | <input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 30 Días                          |
| <input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 90 Días | <input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 180 Días     | <input type="checkbox"/> Encarcelado  |
| <input type="checkbox"/> Libertad bajo Palabra       | <input type="checkbox"/> Libertad Condicional             | <input type="checkbox"/> Comité de Revisión de Servicios Psiquiátricos (PSRB) |
| <input type="checkbox"/> Juvenil PSRB                | <input type="checkbox"/> Custodia (Protección de Menores) | <input type="checkbox"/> Custodia (Tribunal)                                  |
| <input type="checkbox"/> Ayuda y Asistencia          | <input type="checkbox"/> Ninguna                          | <input type="checkbox"/> Custodia Involuntaria                                |
| <input type="checkbox"/> Desconocido                 |   |   |

## EDUCACIÓN

Marque el grado más alto cursado por el individuo

K  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12/GED  AA/AS  BA/BS  MA/MS  Doctorado/Psicólogo/Doctor en Medicina  Cursos tomados en el Colegio

## OTRA INFORMACIÓN

¿Ha recibido consejería de salud mental en el pasado?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿Dónde?

Derivado por

¿También necesita ayuda con?

- Educación  Empleo  Vivienda  Otro

¿Está involucrado el Servicio de Protección Infantil?

- Sí  No

Nombre del Trabajador Social

# de Teléfono

¿Tiene una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y/o una Instrucción Anticipada?  Sí  No

¿Le gustaría completar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental?  Sí  No

**Razón por la cual busca los Servicios**



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

### SEGURO DE SALUD

Nombre del Individuo que necesita los Servicios	Nombre de la Persona Responsable
Lugar de Empleo de la Persona Responsable	Dirección del Empleo de la Persona Responsable
Teléfono del Empleo de la Persona Responsable	Nombre del Asegurado
ID # del Seguro de Salud Primario*(OHP, Medicare, etc.)	Fecha de Nac. del Asegurado*(Obligatorio si no es el mismo)
ID # del Seguro de Salud Secundario	ID # de Otro Seguro de Salud

### SITUACIÓN LABORAL

Por favor escoja lo que mejor describa su situación laboral		
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Jubilado
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Ama de Casa	<input type="checkbox"/> No está en la Fuerza Laboral
<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro (voluntario, etc.)
<input type="checkbox"/> Paciente de Hospital, Encarcelado u otra Institución Residencial	<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Empleo Protegido (Opportunity Foundation, Good Will, etc.)		

### INGRESO

Fuente de Ingreso Mensual del Grupo familiar	Usted	Esposo/a	Padre(s)	Otro	Total
Sueldos (salarios, propinas, etc.)					
Ayuda Pública					
Jubilación/Pensión/Seguro Social					
Discapacidad/Seguro Social por Discapacidad					
Otro					
Ninguno: Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene:					



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

<b>MIEMBROS DE LA FAMILIA Y DEPENDIENTES</b>			
Enumere los nombres y las fechas de nacimiento de los miembros de la familia			
Usted	Fecha Nac.	Dependiente	Fecha Nac.
Cónyuge/Pareja	Fecha Nac.	Dependiente	Fecha Nac.
Tutor/Padre/Madre	Fecha Nac.	Dependiente	Fecha Nac.
Tutor/Padre/Madre	Fecha Nac.	Dependiente	Fecha Nac.
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Confirmando que la información entregada es correcta y sé que necesito entregar verificación para que sea aprobada. A pesar de tener seguro o de que puedo proporcionar la verificación, soy responsable del saldo en mi cuenta de los servicios profesionales prestados por DCBH. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y financiera necesaria para procesar las reclamaciones de seguros.</li> <li>❖ Le notificaré a DCBH inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.</li> </ul>			
Firma de la Persona Responsable		Fecha	

Por favor no escriba en el recuadro sombreado (**Sólo para uso del personal**)

<b>STAFF VERIFICATION CHECKLIST (attach copies)</b>		
Proof of ID: Photo ID, Drivers License, Birth Certificate, Social Security Card	Co-pay amount:	
	Fee amount:	
OHP, T-19, Medicaid Application or rejection letter	Effective Date	
Staff Signature Line-please sign after explaining financial and sliding fee scale to responsible party  Signature:	Date of staff signature	
Al poner las iniciales, Yo (la persona responsable) estoy aceptando que se me explicó el proceso financiero & y la escala gradual de honorarios en el caso que pierda el OHP/Medicaid/Medicare/Seguro Privado.	Iniciales de la Persona Responsable	Expiration date



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

## Información Médica Confidencial

- ❖ Por favor complete si tiene mas de 14 años. Los padres o cuidadores necesitan completar el formulario para los niños menores de 13 años. La siguiente información es necesaria para ayudar a entender el estado de su salud mental y física. No es necesario que usted responda todas estas preguntas para participar en una evaluación o tratamiento. Sin embargo, le agradeceríamos que se tomara el tiempo para llenar lo que más pueda de este formulario.

NOMBRE DEL INDIVIDUO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS

Por favor marque el recuadro si tiene o ha tenido lo siguiente:		
<input type="checkbox"/> Accidentes graves <input type="checkbox"/> Sobredosis de Droga <input type="checkbox"/> Problemas a los riñones <input type="checkbox"/> Infecciones de la Piel <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta <input type="checkbox"/> Hospitalización por Salud Mental <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Retraimiento Grave de droga/alcohol <input type="checkbox"/> Discapacidad Física/Emocional/Intelectual/del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos <input type="checkbox"/> Infección de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Problemas al Hígado <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B o C) <input type="checkbox"/> Lesión Craneal	<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio <input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones
Alergias a Medicamentos (Por favor enumere)		
Otros problemas no enumerados anteriormente (Por favor enumere)		
Explique cualquiera de las que marcó anteriormente y que haya experimentado en los últimos 6 meses		
Fecha aproximada de accidentes/lesiones, enfermedades y hospitalizaciones por salud mental		
¿Tiene un doctor en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si responde que sí, nombre del Doctor		
La última vez que vio a su doctor		
¿Está tomando algún medicamento en la actualidad?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si responde que sí, por favor haga una lista de los medicamentos y las dosis		
Uso de Nicotina/Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está interesado/a en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cantidad al día	¿Quiere información de una Línea para dejar el Tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Consumo de cualquier sustancia/droga en los últimos 90 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
Está embarazada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		Si responde que sí, fecha aproximada del parto

Deschutes County anima a las personas con discapacidad a participar en todos los programas y actividades. Este establecimiento tiene acceso para las personas con discapacidad. Si necesita alojamiento para poder participar, por favor llame al 541-322-7500.



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

## Evaluación del Riesgo de Contraer Enfermedades Infecciosas (IDRA) (SÓLO PARA ADULTOS)

La siguiente información es necesaria para ayudar a evaluar su riesgo

La siguiente información es necesaria para ayudar a evaluar su riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas. No es necesario que responda todas estas preguntas para participar en una evaluación o consejería. Sin embargo, le agradeceríamos que se tomara el tiempo para llenar lo que más pueda de este formulario. Sus respuestas a estas preguntas serán confidenciales. Su firma al final de esta página indica que usted ha leído y/o ha contestado esta información.

### Tuberculosis (TB)

- ¿Ha sido Ud. diagnosticado o tratado por Tuberculosis?  Sí  No  No sé
- ¿Conoce o ha vivido con alguien que fue diagnosticado con Tuberculosis?  Sí  No  No sé
- ¿Alguna vez ha estado sin hogar o ha vivido en un refugio?  Sí  No  No sé
- ¿Ha estado alguna vez en la cárcel/prisión?  Sí  No  No sé

Si respondió que "Sí" a cualquiera de las preguntas sobre la Tuberculosis, por favor responda las preguntas de los Síntomas de la Tuberculosis. Si respondió que "No" a todas las preguntas de la Tuberculosis, diríjase a la sección STDs.

#### Síntomas de Tuberculosis

- ¿Tiene fiebre?  Sí  No
- ¿Transpira excesivamente por la noche (y no es debido a la temperatura del cuarto)?  Sí  No
- ¿Tiene una tos que ha durado por muchas semanas?  Sí  No
- ¿Tose con sangre?  Sí  No
- ¿Tiene dificultad para respirar?  Sí  No
- ¿Ha bajado de peso sin razón?  Sí  No

Si respondió que "Sí" a dos o más síntomas, por favor llame a la línea de control de enfermedades al 322-7418 para un control inmediato. Si respondió que "No" a todos los síntomas, puede llamar al 322-7400 para hacer una cita para una evaluación voluntaria.

### ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- ¿Ha tenido usted, o alguien con quien Ud. ha tenido relaciones sexuales, alguna enfermedad de transmisión? Yo  Pareja  No

### Hepatitis, VIH/SIDA

Muchas personas están preocupadas por la hepatitis C y el VIH / SIDA. Algunos deberían preocuparse y necesitan hacer cambios para evitar infectarse o contagiar a otros. Sin embargo, muchas personas no corren el riesgo de contraer la hepatitis C o el VIH (el virus conocido como el causante del SIDA). Para saber si usted corre un riesgo mayor, por favor responda a las siguientes preguntas.

- ¿Ha usado agujas o se ha inyectado drogas?  Sí  No
- En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un tatuaje, una perforación en el oído o en el cuerpo o acupuntura de una instalación no autorizada o entró en contacto con la sangre de otra persona?  Sí  No
- ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección con:
  - ¿alguien que se ha inyectado drogas ilegales?  Sí  No  No sé
  - ¿más de una persona en los últimos 6 meses?  Sí  No  No sé
  - ¿una persona a cambio de dinero, drogas o para sobrevivir?  Sí  No  No sé
  - ¿un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre?  Sí  No  No sé
  - ¿alguien que tiene la enfermedad a la sangre llamada hemofilia?  Sí  No  No sé

- ¿Ha tenido relaciones sexuales con (o a compartido agujas con) una persona que ha tenido un resultado positivo para la prueba de VIH o que tiene SIDA?  Sí  No  No sé

Si respondió que "Sí" o "No sé" a alguna de las preguntas anteriores, puede correr un mayor riesgo de contraer Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, Tuberculosis u otras enfermedades infecciosas. Se le recomienda que se comuniquen con la División de Salud Pública o con su médico de atención primaria para hacer una cita para un análisis actual de VIH, Tuberculosis o Enfermedad de Transmisión Sexual.

Firma del Individuo o Cuidador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo estoy solicitando Servicios de Salud del Condado de Deschutes de forma voluntaria (DCHS, por sus siglas en inglés). Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) puede usar y divulgar mi información de salud con el fin de:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento;
- Derivar a, consultar con, coordinar con y manejar con otros proveedores de la atención médica, incluyendo a otros profesionales dentro de DCHS, para mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi calificación para un plan de salud o cobertura de seguro médico y para enviar las facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar una parte o todo mi cuidado médico;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocio que apoyan los esfuerzos de DCHS para entregarme, y para recibir reembolso por una atención médica rentable de alta calidad; y
- Participar como un miembro Colaborador de OCHIN, tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.
- Participar como un miembro Colaborador de Reliance Community Health Information Exchange (Dependencia de Salud de la Comunidad del intercambio de información), tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por DCHS, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o por palabras habladas y puede incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnosis, tratamientos, procedimientos, medicamentos y otros tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo que la información de salud usada y divulgada puede incluir rehabilitación vocacional, registros de alcohol y drogas, registros de VIH/SIDA, información genética y registros de salud mental o discapacidad del desarrollo que guardan los proveedores financiados con fondos públicos.

Entiendo que el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes puede ser revisado de vez en cuando y tengo derecho a recibir una copia de cualquier versión que se revise. También entiendo que se publicará una copia o un resumen vigente de la versión más reciente del Aviso de las Prácticas de Privacidad las áreas de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que una parte o toda mi información de salud no sea usada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes y entiendo que DCHS no está obligado según la ley a estar de acuerdo con dichas solicitudes.

**Al firmar a continuación, acepto que estoy solicitando servicios proporcionados por DCHS, he revisado la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.**

Firmado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Paciente o Representante Autorizado del Paciente*

Firmado por: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Firma del Empleado de DCHS*

Revisado 7 de Agosto 2017



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SALUD

Apellido Legal del Cliente:	Nombre:	Inicial 2o Nombre:	Fecha Nac.:
-----------------------------	---------	--------------------	-------------

Otros nombres que usa el Cliente:
-----------------------------------

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente titular del registro a divulgar la siguiente información confidencial específica sobre el Cliente:

T I T U L A R D E L R E G. I S T R O	Identificación del Titular del Registro:	Información específica a divulgar: (incluir el rango de fechas, si corresponde):	*Intercambio Mutuo: Sí/No
<p>Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se revelará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a la información:</p> <p>VIH/SIDA: _____   Salud Mental (excepto notas de psicoterapia): _____   Información de Prueba Genética: _____</p> <p>Diagnósticos de Alcohol/droga, tratamiento, derivación: _____</p> <p><b>*El intercambio mutuo permite que la información se comparta entre el/los titular/es del registro y el/los receptor/es.</b></p>			

R E C E P T O R	Divulgar a: (se exige la dirección si se va a enviar la información al receptor). Si se envía a un grupo, enumere los miembros.	Propósito de la divulgación:	Fecha de Vencimiento o evento:**

R E C O N O C I M I E N T O	<p><b>**Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario.</b></p> <p>Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de cancelación escrita a los titulares identificados anteriormente. Dicha cancelación no afectará a ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario. <b>Entiendo que, excepto cuando los servicios se entregan con fines de investigación o con el único propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a una tercera persona, el Condado de Deschutes no puede negar servicios al Cliente si yo no firmo esta autorización.</b></p> <p>Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no está protegida bajo la ley federal o estatal, EXCEPTO QUE se prohíbe la divulgación por parte del receptor de información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental, tratamiento de alcohol o drogas o información de pruebas genéticas sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal.</p> <p>Entiendo que la información personal de salud del Cliente es confidencial y puede estar protegida por las leyes estatales y federales, y apruebo la divulgación de información personal de salud del Cliente de acuerdo con esta autorización. Estoy firmando esta autorización en forma voluntaria y no bajo presión o coerción. Confirmando que se me ofreció una copia de este formulario. Confirmando que he revisado el Aviso escrito del Condado de Deschutes de las "Prácticas de Privacidad para el Condado de Deschutes."</p>		

F I R M A	Firma Legal Completa del Individuo o representante personal autorizado	Parentesco con el Cliente:	Fecha:
	X		
		Esta es una copia fiel del documento original de autorización	
	Imprima el Nombre de la Persona que firma esta autorización		

Deschutes County alienta a las personas con discapacidad a participar en todos los programas y actividades. Este establecimiento tiene acceso para las personas con discapacidad. Si necesita alojamiento para poder participar, por favor llame al 541-322-7500.



**NUESTRA MISIÓN:** Fomentar y proteger la salud y la seguridad de nuestra comunidad.

Cuando usted nos contacta acerca de nuestros servicios, comenzamos una relación recíproca con usted como el consumidor y nosotros como el profesional que da el tratamiento. Queremos que esta relación sea productiva. Queremos la mejor atención médica para usted y su familia. Trabajaremos juntos para obtener el mejor resultado posible para usted y su situación personal.

También sabemos que usted esperará cosas de nosotros. Esperamos ciertas cosas de usted también. Sus “Derechos” son las cosas que usted puede esperar de nosotros. Sus “Responsabilidades” son las cosas que necesitamos de usted. Si todos tratan de cumplir con su parte y tratan de hacer lo mejor para trabajar juntos, fomentaremos y protegeremos su salud y la seguridad de su familia y nuestra comunidad.

## SUS DERECHOS

### RESPETO

1. El personal de DCBH lo tratará con dignidad y respeto;

### ACCESO A LOS SERVICIOS

1. Para dar consentimiento informado por escrito antes de comenzar a recibir los servicios (excepto en caso de una emergencia médica o permitido por la ley);
2. Para buscar servicios ambulatorios por su propia cuenta si tiene más de 14 años, está emancipada/o o tiene menos de 18 y está casado/a legalmente;
3. Para buscar servicios para un menor de edad si usted es el/la tutor legal;
4. Ser tratado de la misma manera que cualquier otro individuo que busca servicios de salud conductual
5. Usted no necesita una derivación de un doctor para obtener nuestros servicios;
6. Usted recibirá el cuidado adecuado para su afección;
7. Usted recibirá el cuidado aprobado para su afección;
8. Usted recibirá servicios de salud conductual de una manera oportuna, igual al acceso disponible que tiene cualquier persona que busca el mismo tipo de servicio;
9. Se le notificará de manera oportuna si tenemos que cancelar su cita;
10. Si está siendo abusado/a, usted puede obtener ayuda o “Servicios Protegidos”;
11. Usted puede recibir atención de crisis las 24 horas al día, 7 días a la semana;
12. Usted tiene acceso a Servicios ofrecidos por pares

### INFORMACIÓN

1. Se le entregará información sobre sus derechos y responsabilidades;
2. Se le entregará información sobre los servicios;
3. Se le entregará información sobre los servicios de salud conductual que cubre o no cubre su plan de salud;
4. Usted puede elegir las opciones de servicios cubiertos por su plan de salud que funcione para usted;
5. Se le puede explicar los servicios incluyendo los resultados esperados y los posibles riesgos;
6. Se le puede entregar información escrita gratuita de una forma entendible;
7. Le podemos explicar la información escrita;



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

8. Usted puede tener un intérprete gratis si tiene problemas de audición o si su idioma principal no es el inglés.
9. Usted puede tener información sobre “La Declaración para el Tratamiento de Salud Mental” e “Instrucción Anticipada” para decisiones del cuidado de salud y lo que estos procesos involucran;
10. Usted recibirá una notificación por escrito e información de una solicitud de audiencia cuando se le niegan o cambian los servicios;
11. Se le informará antes de recibir un servicio si su seguro de salud no lo cubre;
12. Se le entregará información sobre los honorarios antes de recibir el servicio;
13. Usted recibirá una notificación previa de una transferencia, a menos que en circunstancias necesarias dicha transferencia supone una amenaza a la salud o la seguridad;

### **DIRIGIR SU CUIDADO MÉDICO**

1. Haremos lo mejor posible para entender su afección;
2. Le entregaremos detalles sobre su afección;
3. Haremos lo posible para establecer servicios que mejor satisfagan sus necesidades;
4. Usted puede aceptar o rechazar los servicios que se le ofrecen (excepto aquellos requeridos por una orden judicial);
5. Le informaremos cómo su decisión de aceptar o no un servicio podría afectar su salud;
6. No usaremos la práctica de "restricción" o "aislamiento" para castigarlo;
7. No se practicará la “restricción” o “el aislamiento” para que usted haga algo que no quiere hacer;
8. Usted puede buscar una segunda opinión sobre su diagnóstico y tratamiento;
9. Usted puede ser derivado a otro profesional si necesita un cuidado especializado cubierto que nosotros no proveemos;
10. Usted participará activamente en la elaboración de su plan de tratamiento;
11. Usted estará involucrado en la elaboración del plan de tratamiento de su hijo, si es padre o tutor;
12. Usted puede traer a un amigo, un miembro de la familia, o un defensor a las citas;
13. Usted estará involucrado en las decisiones sobre su cuidado;
14. Si tiene una buena razón, usted puede cambiar a su proveedor médico o agencia de tratamiento;
15. Usted puede elegir si desea o no participar en algún tratamiento nuevo que se ofrezca;

### **CONFIDENCIAL**

1. Su información personal se mantendrá privada;
2. Lo que usted le diga a su proveedor será confidencial a menos que lo exija la ley;
3. Usted tendrá un registro guardado con información sobre su afección, los servicios que recibió y derivaciones hechas para usted;
4. Su expediente se mantendrá privado y confidencial de acuerdo con la ley;
5. Usted puede obtener una copia de su expediente a menos que esté restringido por la ley;
6. Usted puede pedir que se cambie o corrija la información de su expediente;
7. Usted puede pedirnos que entreguemos información de su expediente a otro proveedor médico;
8. Ninguna información recopilada para una investigación se identificará con su información personal;
9. Usted puede revocar una divulgación en cualquier momento;

### **EJERCER SUS DERECHOS**

1. Usted tiene libertad religiosa, libertad de reclusión y restricción;



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

2. Se le entregará información sobre el proceso de reclamos;
3. Usted no será castigado de ninguna manera por presentar una queja;
4. No se le castigará por ejercer sus derechos;
5. Usted no será discriminado o privado de servicios por la raza, edad, género, origen étnico o nacionalidad, idioma hablado, discapacidad, orientación sexual, creencias políticas o religiosas o estado civil;
6. Usted puede presentar una queja en contra de DCBH, y recibirá una respuesta oportuna;
7. Usted puede registrar una "Queja" o "Apelación";
8. Usted puede solicitar una Audiencia Administrativa regular o rápida con el Departamento de Servicios Humanos;
9. Usted puede pedir que los servicios continúen hasta que se haya tomado una decisión sobre la Apelación;
10. Se le informará que puede ser responsable de pagar los servicios que se continuaron ofreciendo si la decisión de la apelación no está en su favor.

### SUS RESPONSABILIDADES

#### **RESPECTO**

1. Trate con respeto a su proveedor de cuidados y al personal de la agencia que le entrega el tratamiento;

#### **PARTICIPACIÓN**

1. Participe activamente en la creación de su plan de atención;
2. Haga preguntas sobre cualquier cosa que no entienda;
3. Utilice la información que ha recibido para decidir sobre su atención antes de que se administre la atención médica;
4. Siga los planes de cuidado que usted ha acordado;
5. Se le puede cerrar su expediente si falta a tres (3) citas programadas (no se presenta o cancela a última hora) dentro de un período de tres meses, o si habitualmente hay citas perdidas sin cancelar;

#### **COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN**

1. Acuda a las citas con su proveedor de cuidados médicos;
2. Sea puntual con sus citas. Si usted llega con más de 15 minutos de retraso, se le podría cancelar la cita;
3. Llame con anticipación cuando vaya a llegar tarde o no pueda ir a la cita;
4. Dé a su proveedor la información correcta sobre su situación de salud del comportamiento;
5. Entregue la información precisa para su expediente;
6. Ayude a su proveedor a obtener expedientes previos de salud del comportamiento;
7. Mantenga actualizada su dirección, número de teléfono e información sobre los seguros.

#### **CUMPLIENDO CON LAS NORMAS**

1. Use los servicios de su proveedor médico asignado excepto en caso de emergencia;
2. Use los servicios de urgencias y emergencias adecuadamente;



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

### PAGO

1. Muestre su tarjeta del seguro a su agencia de tratamiento antes de recibir sus servicios.
2. Pague todos los honorarios cuando corresponda;
3. Firme los documentos para confirmar que se le ha informado cuánto costará cualquier servicio que no cubra su seguro, si es que decide usarlo;
4. Entregue los documentos de verificación de ingresos si es que se los solicitan;
5. Firme los formularios para verificar que ha sido informado de quién es responsable de pagar los servicios, si es que decide recibir servicios que no cubre su seguro.

Puede obtener este documento en un tamaño de impresión más grande o en un formato diferente. También puede obtener este documento en algunos idiomas distintos del inglés. Póngase en contacto con la oficina que se indica a continuación para solicitarla.

**Deschutes County Behavioral Health Phone: 541-322-7500**

2577 NE Courtney Drive

TTY: 541-322-7610

Bend, OR 97701

Fax: 541-322-7565



## ¿Qué está protegido?

La Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés), que consiste en cualquier información médica que contenga su nombre o que contenga otra información públicamente disponible a partir de la cual se pueda determinar su identidad.

## Su PHI:

Incluye registros de evaluaciones, tratamientos, exámenes, visitas, sesiones de consejería y cualquier otro tipo de servicio de atención médica que usted haya recibido.

## Protegiendo su privacidad:

Por ley, debemos mantener su PHI confidencial, excepto en ciertas situaciones.

Debemos entregarle una copia de este Aviso.

Todos los Empleados y los Voluntarios del Condado de Deschutes deben cumplir con las reglas de privacidad aplicables.

Le notificaremos si hay una violación de privacidad que involucre su PHI.

## EN MUCHOS CASOS, NECESITAMOS SU AUTORIZACIÓN ESCRITA ANTES QUE PODAMOS COMPARTIR SU PHI CON CUALQUIER PERSONA. Sin embargo, podemos compartir PHI sin su autorización por escrito en ciertas circunstancias, como por ejemplo:

Proporcionarle a usted un tratamiento médico o ayudar a otro profesional médico a tratarlo.

- \* Operación de nuestra organización.
- \* Facturación u obtención de pago por los servicios prestados.
- \* Ayudar con temas de salud pública y seguridad.
- \* Llevar a cabo una investigación.

Como parte de un acuerdo de salud organizado (ver "OCHIN," en la siguiente columna).

- \* Cumplir con la ley.
- \* Responder a demandas y acciones legales.
- \* Para fines de aplicación de la ley.
- \* Trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- \* Propósitos de compensación del trabajador.
- \* Contratar un intérprete para usted.
- \* En caso de un desastre.
- \* Para prevenir o controlar los brotes de enfermedades.
- \* Notificación de nacimientos o muertes.
- \* En caso de una emergencia de salud.
- \* En el caso de una amenaza eminente a sí mismo o a otros.
- \* Cumplir con las órdenes judiciales o administrativas, o en respuesta a una citación judicial.
- \* Informar de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- \* Respondiendo a una investigación o auditoría realizada por una agencia de supervisión de salud.
- En caso de una emergencia

A los establecimientos penitenciarios que sean necesarios para su cuidado.

- \* Para la seguridad nacional o para proteger al Presidente.

## Sus Derechos a la Privacidad

Puede solicitar que limitemos la forma en que usamos o compartimos su información. Debe solicitarlo por escrito. Podemos estar de acuerdo si la ley lo permite.

Puede solicitar que nos pongamos en contacto con usted de cierta manera o en un lugar determinado. Atenderemos cualquier solicitud realista.

En la mayoría de los casos, puede buscar u obtener copias de sus expedientes. Debe solicitarlo por escrito. Es posible que tenga que pagar por las copias. Póngase en contacto con nosotros para el formulario.

Puede solicitar enmendar la información de salud en sus registros médicos o de facturación. Esto debe hacerse por escrito. Es posible que no aceptemos estos cambios en ciertas situaciones.

Puede solicitar una lista de aquellos con quienes hemos compartido su PHI en los últimos 6 años. Debes preguntar por escrito. Esta lista no incluirá las revelaciones de PHI hechas para el tratamiento, el pago, o las operaciones del cuidado médico, o esos que fueron hechos conforme a su autorización escrita.

Por lo general, usted puede revocar su autorización por escrito si nos lo solicita por escrito. Sin embargo, no podemos recuperar ninguna información de PHI u otra información que ya hayamos compartido.

No se venderá su PHI.

La información genética no puede ser revelada a los planes de salud para determinar la calificación.

No divulgaremos la información a su plan de salud si usted paga de su bolsillo por los servicios.

Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento.

Usted puede elegir a quien designar como su representante autorizado para decidir si su PHI debe ser compartida. Cualquier designación debe ser por escrito y legalmente válida.

## Sus opciones

Usted puede elegir la forma en que nosotros usamos y divulgamos su PHI en las siguientes circunstancias:

- \* Cuando hablamos de su estado de salud con su familia y amigos.
- \* Para brindar auxilio en casos de desastre.
- \* Para añadir su información en los directorios de salud mental o del hospital.
- \* Para comercializar nuestros servicios o vender su información.
- \* Para recaudar fondos.

Si tiene una preferencia en cuanto a cómo compartimos PHI en cualquiera de estas circunstancias, por favor díganos y seguiremos sus instrucciones en la medida que legalmente podamos hacerlo

## OCHIN (Red de Información sobre la Salud de la Comunidad de Oregón)

Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes son miembros de OCHIN (por sus siglas en inglés), un plan organizado de atención médica. OCHIN provee tecnología de información, administración de expedientes electrónicos y servicios relacionados con los Servicios de Salud del Condado de Deschutes y otros participantes de OCHIN.

OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes pueden compartir su PHI con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para los propósitos de las operaciones de cuidado de salud del plan de cuidado de salud organizado. Una lista actual de los miembros de OCHIN está disponible en <http://www.ochin.org/our-members/ochin-members/>



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

## DEPENDENCIA

DEPENDENCIA para el intercambio de información de salud es un asociado de negocios de los servicios de salud del Condado de Deschutes. La Dependencia proporciona un intercambio seguro y electrónico de información de salud entre los miembros autorizados en la comunidad del cuidado de salud, tales como los proveedores de atención de salud y agencias de salud pública - para conducir oportuna, eficiente y centrada en el paciente. Los servicios de salud del Condado de Deschutes pueden compartir su PHI con la dependencia a los fines de facilitar el intercambio de información de salud entre miembros de la dependencia autorizada para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud. Una lista actual de miembros de la dependencia está disponible en <http://reliancehie.org/frequently-asked-questions/>

## DENUNCIAS DE VIOLACIONES DE LA PRIVACIDAD

¡Nos importan sus inquietudes! Si no está de acuerdo con la forma en que usamos o divulgamos la información de su salud, usted puede presentar una queja. Usted no será castigado y su atención médica no se verá afectada. **PARA PRESENTAR UNA DENUNCIA DE VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON UNA DE LAS SIGUIENTES OFICINAS:**

Servicios de Salud del Condado de Deschutes  
Atn: División RHIT  
2577 NE Courtney Drive, Bend, OR 97701  
Salud del Comportamiento: 541-322-7503, Fax: 541-322-7567  
Salud Pública: 541-322-7607, Fax: 541-382-1440

Office for Civil Rights - Oficina de Derechos Civiles  
U.S. Department of Health and Human Services, Region 10 HHS  
2201 6th Avenue, Seattle, WA 98121-1831  
Voice Phone (206) 615-2290  
FAX (206) 615-2297; TDD (206) 615-2296



## Salud Conductual del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés) Reclamos/Reclamos del Cliente

Los reclamos de los clientes se utilizan como una importante fuente de información para mejorar continuamente los servicios. Cada cliente tiene derecho a presentar reclamos de acuerdo con las reglas y las regulaciones aplicables. Por favor avísenos si tiene un problema con el acceso, el servicio, la atención clínica, el contacto con el personal, la calidad de la atención o sus derechos.

### Proceso de Apelación de Reclamos:

1. Usted, su familia o los representantes autorizados tienen el derecho de apelar una decisión de queja. Las apelaciones de reclamos deben hacerse dentro de los diez (10) días hábiles de la notificación de la decisión de la queja.
  - a. El especialista en mejoramiento de calidad o el personal de DCHS estará disponible para ayudarle en el proceso de apelaciones si así lo solicita.
2. Las apelaciones serán revisadas y respondidas por escrito por el Director del DCHS dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la apelación.
3. Usted, su familia o los representantes autorizados también tienen derecho a presentar una segunda apelación si no están satisfechos con el resultado de la primera apelación. Las segundas apelaciones deben ser presentadas dentro de los diez (10) días hábiles de la notificación de la decisión de la primera apelación y deben ser revisados y respondidos por el Director de DCHS dentro de los diez (10) días hábiles de recibir la segunda apelación.

### Proceso Expedito de la Apelación de Reclamos:

1. En circunstancias en que el asunto de la queja pueda causarle algún daño a usted o a otra persona antes de que el proceso de queja como se describe arriba sea completado, usted puede solicitar que sea revisada en forma expedita. Las apelaciones de reclamos hechas en forma expeditas serán revisadas por el Gerente correspondiente del Programa dentro de las 48 horas del recibo de la apelación de queja. Se le enviará una respuesta por escrito que incluya la información sobre el proceso de apelaciones.

### Para Preguntas Adicionales o Dudas:

Channing Casey, RN, Especialista en Mejoramiento de la Calidad

[Channing.Casey@deschutes.org](mailto:Channing.Casey@deschutes.org)

(541) 330-4600



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

Salud Conductual del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés)  
Reclamos/Reclamos del Cliente

## El Servicio de Salud del Condado de Deschutes EJEMPLO de Formulario de Queja-RECLAMO

### POR FAVOR IMPRIMA LEGIBLE

El Servicio de Salud del Condado de Deschutes quieren entregarle el mejor cuidado posible. Por lo tanto, las sugerencias para la mejora o las inquietudes sobre los servicios son bien recibidas. Por favor complete este formulario, incluyendo su nombre completo, firma y fecha. La parte posterior de este formulario es para uso de la oficina solamente.

Fecha del Reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre (primero/apellido): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Oregon Health Plan:  Yes  No EHR #: \_\_\_\_\_

Programa: \_\_\_\_\_

Personal Involucrado: \_\_\_\_\_

Describe el Reclamo (entregue detalles e inquietudes): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Completa el Informe: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Devuelva esto a uno de los siguientes: Su consejero, un supervisor, un gerente, personal de recepción, o a un especialista en mejoramiento de la calidad. Este formulario se puede enviar por correo a: Atención: QM Department, 2577 NE Courtney Dr, Bend OR 97701. Nos comunicaremos con usted dentro de los dos días hábiles después de haber recibido el formulario.



## SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

#EXPEDIENTE MÉDICO \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo estoy solicitando Servicios de Salud del Condado de Deschutes de forma voluntaria (DCHS, por sus siglas en inglés). Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) puede usar y divulgar mi información de salud con el fin de:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento;
- Derivar a, consultar con, coordinar con y manejar con otros proveedores de la atención médica, incluyendo a otros profesionales dentro de DCHS, para mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi calificación para un plan de salud o cobertura de seguro médico y para enviar las facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar una parte o todo mi cuidado médico;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocio que apoyan los esfuerzos de DCHS para entregarme, y para recibir reembolso por una atención médica rentable de alta calidad; y
- Participar como un miembro Colaborador de OCHIN, tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.
- Participar como un miembro Colaborador de Reliance Community Health Information Exchange (Dependencia de Salud de la Comunidad del intercambio de información), tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por DCHS, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o por palabras habladas y puede incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnosis, tratamientos, procedimientos, medicamentos y otros tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo que la información de salud usada y divulgada puede incluir rehabilitación vocacional, registros de alcohol y drogas, registros de VIH/SIDA, información genética y registros de salud mental o discapacidad del desarrollo que guardan los proveedores financiados con fondos públicos.

Entiendo que el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes puede ser revisado de vez en cuando y tengo derecho a recibir una copia de cualquier versión que se revise. También entiendo que se publicará una copia o un resumen vigente de la versión más reciente del Aviso de las Prácticas de Privacidad las áreas de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que una parte o toda mi información de salud no sea usada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes y entiendo que DCHS no está obligado según la ley a estar de acuerdo con dichas solicitudes.

**Al firmar a continuación, acepto que estoy solicitando servicios proporcionados por DCHS, he revisado la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.**

Firmado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Paciente o Representante Autorizado del Paciente*

Firmado por: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*Firma del Empleado de DCHS*

Revisado 7 de Agosto 2017