

## CONTRATO DE TRATAMIENTO, CONSENTIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO

### Qué debe esperar:

**Primera cita:** Su primera visita será con un terapeuta especializado en admisiones, quien le efectuará una evaluación de salud conductual. Al final de esta evaluación, usted y el terapeuta analizarán qué servicios son adecuados para usted. Se le asignará un proveedor clínico, quien será su coordinador de atención clínica. Se programará la siguiente cita antes de que se retire. Lo invitamos a que incluya a amigos y/o familiares en cualquier punto de su proceso terapéutico (con su permiso por escrito), y le recomendamos que lo haga.

- **Coordinador de atención clínica:** Este profesional podría ser un terapeuta, un administrador de casos u otro proveedor clínico, **según el nivel de atención que usted necesite** y acuerde recibir. Usted participará en la elaboración de su plan terapéutico con su coordinador de atención clínica. Este plan terapéutico es el “mapa de su atención”, e incluye las metas y los hitos específicos que usted desea lograr. También incluirá el asesoramiento clínico sobre cuándo puede esperar que concluya el tratamiento. Analizará qué tipos de servicios lo ayudarán a alcanzar sus metas. Su coordinador de atención clínica también podría derivarlo para una consulta con un psiquiatra o con un enfermero especializado en medicina clínica de ALLHEALTH NETWORK, para analizar su medicación.
- **Servicios médicos:** Como agencia de atención de la salud, ALLHEALTH NETWORK espera una coordinación frecuente con su médico de cabecera. Además, si el psiquiatra o el enfermero especializado le recetan medicamentos, habrá un control y una comunicación estrecha entre usted, el coordinador de atención clínica y nuestro personal médico.
- **Conclusión del tratamiento:** Nuestra meta es que su tratamiento sea exitoso. Cuando usted y su equipo de atención médica determinen que usted ha alcanzado las metas de su tratamiento, y ya no hace falta el tratamiento, el coordinador de atención clínica le dará el alta de la atención de ALLHEALTH NETWORK y le entregará derivaciones para la atención posterior, si las necesita.
- **Programación de citas:** ALLHEALTH NETWORK ofrece sus servicios en distintas sedes y horarios. Trabajamos para cubrir sus necesidades de programación de citas a nuestro leal entender; no obstante, su cita puede programarse para el horario escolar o laboral. Comuníquese con 303-730-8858 al menos 2 días hábiles antes si necesita cancelar o reprogramar una cita, de modo que podamos programar la consulta con otro cliente.
- **Citas perdidas:** Llame para cancelar las citas a las que no pueda asistir. Si no se presenta para una cita programada, lo llamaremos para preguntarle qué sucedió. Queremos conocer qué situación le impidió asistir, y trabajar con usted para resolver los problemas, eliminar obstáculos, tratar sus inquietudes, y colaborar con sus metas de recuperación rápidamente con una atención excepcional.
- **Una atención excepcional y un contacto sostenido:** Notifique a ALLHEALTH NETWORK de los cambios en su número de teléfono/domicilio y/o cobertura de seguro sin demoras, al teléfono 303-730-8858. Si no está satisfecho con los servicios, comuníquelo a cualquiera de sus proveedores, para que podamos resolver sus inquietudes. También puede llamar al Representante de los Clientes de ALLHEALTH NETWORK, al 303-347-6405, quien trabajará con usted para resolver las inquietudes que pudiera tener.
- **Decisión del cliente de interrumpir el tratamiento:** Si usted decide interrumpir el tratamiento antes de alcanzar sus metas, comuníquese con nosotros para que podamos cerrar su historia clínica. Si interrumpe el tratamiento sin comunicarse con nosotros, le notificaremos por carta que le estamos dando el alta, y le brindaremos información sobre recursos externos a ALLHEALTH NETWORK. Con su permiso por escrito, enviaremos sus historias clínicas al nuevo proveedor. Si le han recetado medicamentos, podemos brindarle un plan para dejar de tomarlos de manera segura. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una receta limitada (generalmente de 30 días) mientras encuentra otro proveedor. Su médico de cabecera podría estar en condiciones de continuar ofreciéndole servicios de medicamentos. Darle el alta de ALLHEALTH NETWORK significa que no podrá recibir otros tratamientos ni medicamentos para su salud mental. Si quiere retomar el tratamiento, llame a nuestro Departamento de Admisiones al 303-730-8858.



# Directivas Anticipadas

## ¿Qué es una Directiva Anticipada?

De acuerdo con CMS-2104-F, Sección 438.6 (i) (1) y la ley CRS 15-18.101-113 del estado de Colorado, todo adulto competente tiene el derecho de tomar determinaciones sobre tratamientos médicos, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar atención médica y de ejercer una directiva anticipada. Éstas son instrucciones escritas por usted que informan a su médico de su tratamiento preferido en el caso de su incapacitación. También le permiten designar a una persona responsable de tomar decisiones médicas por usted, en caso de que no pueda hacerlo.

Estas leyes nos obligan a preguntar si usted tiene una directiva anticipada. Aunque no podemos ayudarle a completar directivas anticipadas, le proporcionaremos información y recursos para apoyar su proceso de toma de decisiones.

### Colorado reconoce estas Directivas Anticipadas:

Testamento vital – (también conocido como Declaración de Tratamiento Médico). Este documento le dice a su médico cómo proceder con las medidas de mantenimiento de la vida si usted tiene una enfermedad terminal o está en un estado vegetativo persistente y no puede comunicar sus deseos. Un testamento vital, también le permitirá designar la donación de órganos y la designación de sus restos en caso de su fallecimiento.

Instrucción de RCP (resucitación cardiopulmonar) – Le permite expresar sus deseos acerca de cuáles métodos, si los hubiera, le gustaría que se empleen en caso de que su corazón o la respiración se detengan.

Poder duradero médico – Le permite nombrar a un encargado para la toma de decisiones en caso de que usted esté enfermo terminal y no pueda dar a conocer sus deseos. El encargado de la toma de decisiones se designará como su "agente" y se espera que tome decisiones sobre su atención cuando usted ya no pueda hacerlo.

Poder de Toma de decisiones – Permite la designación de un encargado para tomar decisiones, si no se ha designado ya, en caso que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

### Directivas Anticipadas y AllHealth Network

Las directivas anticipadas no son un requisito para que usted reciba atención en AllHealth Network. Es su responsabilidad proporcionar su directiva anticipada a AllHealth Network. Si usted nos proporciona su directiva anticipada, AllHealth Network brindará atención de acuerdo a sus deseos escritos, excepto como se reconoce en la Ley de Decisión de Tratamiento Médico de Colorado (C.R.S. 15-18-102). Usted puede enmendar o revocar una directiva anticipada informando al oficial de privacidad de AllHealth Network por escrito al 155 Inverness Drive West, Englewood CO 80221.

### Si su proveedor se niega a cumplir con sus directivas anticipadas, Ud. puede:

- Llamar a BHI acerca de sus preocupaciones al: (303) 361 – 8100
- Llamar al Colorado Department of Public Health and Environment al: (303) 692-2980
- O escribir a: Colorado Department of Public Health and Environment 4300 Cherry Creek Drive South Denver CO 80246-1530 o ir a esta página web:  
<http://www.colorado.gov/cs/Satellite/CDPHE-EM/CBON/1251589738636>

Este documento es solo para su información. No es un consejo legal sobre las directivas anticipadas. Si tiene alguna pregunta, consulte a un abogado que tenga experiencia con directivas anticipadas. Puede visitar [www.coloradoadvancedirectives.com](http://www.coloradoadvancedirectives.com) para obtener información adicional sobre cómo crear directivas anticipadas.





## FORMULARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Nombre del cliente:</b> _____   |  | <b>Fecha de nacimiento:</b><br>____/____/____   |   |
| <b>Raza</b> (Seleccione todas las que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático(a)<br><input type="checkbox"/> Negro(a) o africano(a) americano(a)<br><input type="checkbox"/> Blanco(a)<br><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Sin respuesta  |  | <b>Origen hispano:</b><br><input type="checkbox"/> Cubano<br><input type="checkbox"/> Mexicano<br><input type="checkbox"/> Puertorriqueño<br><input type="checkbox"/> Otro origen hispano<br><input type="checkbox"/> Sin respuesta<br><input type="checkbox"/> No aplica |   |
| <b>Estado civil:</b><br><input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a), separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)  |  | <b>Sexo</b> con el que se identifica el (la) cliente(a):<br><input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Masculino   |   |
| <b>Situación de vivienda:</b><br><input type="checkbox"/> Solo(a) <input type="checkbox"/> Con madre <input type="checkbox"/> Con parientes<br><input type="checkbox"/> Con compañero(a) o pareja <input type="checkbox"/> Con padre <input type="checkbox"/> Con tutor(a)<br><input type="checkbox"/> Con cónyuge <input type="checkbox"/> Con hermanos(as) <input type="checkbox"/> Con personas que no son parientes<br><input type="checkbox"/> Con niños <input type="checkbox"/> Con padre(s) de crianza   |  | <b>Orientación sexual:</b><br><input type="checkbox"/> Bisexual<br><input type="checkbox"/> Gay o lesbiana<br><input type="checkbox"/> Heterosexual<br><input type="checkbox"/> Otro(a)<br><input type="checkbox"/> Sin respuesta   |   |
| <b>Parientes en el hogar</b><br><b>Nombre(s):</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |  | <b>Fecha de nacimiento o edad</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  | (circule)<br><b>M o F</b><br><b>M o F</b><br><b>M o F</b><br><b>M o F</b><br><b>M o F</b> |
| <b>Contacto de emergencia:</b> (Además, tiene que llenar un formulario de <i>Divulgación de información</i> ).<br><br>Nombre: _____  |  | <b>Parentesco con el (la) cliente(a):</b><br>_____<br>_____<br>_____  |   |
| <b>Persona autorizada para tomar decisiones médicas por menores</b><br><br>Nombre: _____<br><br>Nombre: _____  |  | <b>Teléfono:</b><br>_____<br>_____  |   |
| <b>Lugar de residencia:</b><br><input type="checkbox"/> Vida independiente<br><input type="checkbox"/> Internado<br><input type="checkbox"/> Centro de reinserción social<br><input type="checkbox"/> Centro de cuidados (adulto)<br><input type="checkbox"/> Hogar de crianza (juven) <input type="checkbox"/> Instalación de servicios de enfermería<br><input type="checkbox"/> Instalación residencial (adulto - salud mental) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos<br><input type="checkbox"/> Instalación correccional <input type="checkbox"/> Unidad de tratamiento de agudos (adultos solamente)<br><input type="checkbox"/> Vivienda con régimen asistencial <input type="checkbox"/> Vivienda sobria<br><input type="checkbox"/> Tratamiento o grupo residencial <input type="checkbox"/> Hogar de grupo (adulto)<br><input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otra instalación residencial |  | <b>¿Es veterano(a)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br><b>¿Tiene el (la) cliente(a) un historial de traumas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Función principal actual</b><br><input type="checkbox"/> Empleado(a) (tiempo completo 35 + horas / semana)<br><input type="checkbox"/> Empleado(a) (tiempo parcial ≤ 35 horas / semana)<br><input type="checkbox"/> Desempleado(a)<br><input type="checkbox"/> Militar<br><input type="checkbox"/> Jubilado(a)<br><input type="checkbox"/> Empleado(a) con régimen asistencial | <input type="checkbox"/> Estudiante (edades de 0-18 solamente)<br><input type="checkbox"/> Voluntario(a)<br><input type="checkbox"/> Amo(a) de casa<br><input type="checkbox"/> Discapacitado(a)<br><input type="checkbox"/> Recluso(a)<br><i>* Por favor, tenga presente que estas categorías son designadas por los Estados.</i> | <b>Discapacidades:</b> (Seleccione todas las que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Ninguna<br><input type="checkbox"/> Sordo(a) o pérdida considerable de la audición<br><input type="checkbox"/> Ciego(a) o pérdida considerable de la visión<br><input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática<br><input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con el aprendizaje<br><input type="checkbox"/> Discapacidad relacionada con el desarrollo |
|---|--|---|

|  |  |
|--|--|
| <b>Ingreso bruto anual familiar</b> \$ _____<br>Número de personas sustentadas con dicho ingreso: ____ | <b>Número de menores dependientes:</b> |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| ¿Recibe el (la) cliente(a) <b>SSI (siglas de Supplemental Security Income - Seguridad de Ingreso Suplementario)</b> ?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Recibe el (la) cliente(a) <b>SSDI (siglas de Social Security Disability Insurance - Seguro por Discapacidad del Seguro Social)</b> ?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|--|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>Nivel de educación más alto alcanzado</b> | <input type="checkbox"/> Pre-kindergarten<br><input type="checkbox"/> Kindergarten<br><input type="checkbox"/> Grado 1<br><input type="checkbox"/> Grado 2<br><input type="checkbox"/> Grado 3<br><input type="checkbox"/> Grado 4<br><input type="checkbox"/> Grado 5 | <input type="checkbox"/> Grado 6<br><input type="checkbox"/> Grado 7<br><input type="checkbox"/> Grado 8<br><input type="checkbox"/> Grado 9<br><input type="checkbox"/> Grado 10<br><input type="checkbox"/> Grado 11<br><input type="checkbox"/> Grado 12 o equivalencia de escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Cursos universitarios<br><input type="checkbox"/> Grado universitario<br><input type="checkbox"/> Maestría<br><input type="checkbox"/> Doctorado |
|--|--|--|---|

|   |              |              |                     |
|---|--------------|--------------|---------------------|
| <b>Información de la escuela (si estudia actualmente)</b> |              |              |                     |
| Nombre de la escuela _____                                |              |              |                     |
| Dirección _____   | Ciudad _____ | Estado _____ | Código postal _____ |

|  |  |
|--|--|
| <b>Clasificación de fumador(a):</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> Actualmente fuma o consume tabaco — diariamente<br><input type="checkbox"/> Actualmente fuma o consume tabaco — periódicamente<br><input type="checkbox"/> Actualmente fuma o consume tabaco — frecuencia desconocida | <input type="checkbox"/> Anteriormente fumó o consumió tabaco<br><input type="checkbox"/> Nunca fumó o consumió tabaco<br><input type="checkbox"/> No se sabe si alguna vez fumó o consumió tabaco |

|   |   |
|---|---|
| <b>Existencia de problemas de salud mental</b> (Seleccione una):<br><input type="checkbox"/> Más de un año<br><input type="checkbox"/> Un año o menos   | <b>Servicios anteriores o actuales</b> (Marque todos los que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Justicia juvenil<br><input type="checkbox"/> Correccionales para adultos<br><input type="checkbox"/> Discapacidades relacionadas con el desarrollo<br><input type="checkbox"/> Educación especial<br><input type="checkbox"/> Asistencia social para menores<br><input type="checkbox"/> Abuso de sustancias<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><br><b>Número de arrestos en los últimos 30 días:</b> _____<br><br><b>¿Está embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Historial de servicios de salud mental</b> (Marque todos los que correspondan):<br><input type="checkbox"/> Internado<br>_____ Número de hospitalizaciones psiquiátricas anteriores:<br><input type="checkbox"/> Otro 24 horas<br><input type="checkbox"/> Cuidado parcial<br><input type="checkbox"/> Ambulatorio<br><input type="checkbox"/> Ninguno |   |

# Cuestionario sobre días saludables



Nombre: \_\_\_\_\_

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

Diría Ud. que en general su salud es: **(Circule una opción)**

Excelente

Muy Buena

Buena

Aceptable

Mala

Ahora pensando en su salud física, que incluye enfermedades físicas y lesiones, por cuántos días durante los últimos 30 días su salud física NO fue buena?

**Número de Días:** \_\_\_\_\_ **(0-30 días)**

Ahora pensando en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas con las emociones, por cuántos días durante los últimos 30 días su salud mental NO fue buena?

**Número de Días:** \_\_\_\_\_ **(0-30 días)**

Durante los últimos 30 días, ¿durante cuántos días la mala salud física o mental le impidió realizar sus actividades habituales, como el autocuidado, el trabajo o entretenimiento?

**Número de Días:** \_\_\_\_\_ **(0-30 días)**

Provider Use Only

Client ID: \_\_\_\_\_ RU: \_\_\_\_\_ Check here if this is the client's baseline assessment

Return all forms to QIC

AllHealth Network  
**CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO**

**Location  
(circle one)**  
Castle Rock  
Inverness  
Parker  
Southwood  
Sycamore

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

\_\_\_\_\_  
Apellido del Cliente                      Nombre del Cliente                      Inicial 2do nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_   Cuál es su altura? \_\_\_\_Pies \_\_\_\_ Pulgadas   Cuál es su peso? \_\_\_\_ Libras

**SU HISTORIAL MÉDICO**

| Circule una opción |    | Por favor, marque SI o NO para cada ítem listado para identificar si ha sido diagnosticado o ha tenido dificultades con los mismos | Si marcó SI, por favor proporcione detalles, incluyendo fechas y nombres de médicos |
|--------------------|----|--|---|
| SI                 | NO | Cancer   |   |
| SI                 | NO | Diabetes   |   |
| SI                 | NO | Desmayos   |   |
| SI                 | NO | Dolores de cabeza frecuentes   |   |
| SI                 | NO | Lesión de cabeza   |   |
| SI                 | NO | Enfermedad cardíaca  |   |
| SI                 | NO | Hepatitis  |   |
| SI                 | NO | Colesterol Alto  |   |
| SI                 | NO | Hipertensión   |   |
| SI                 | NO | Convulsiones   |   |
| SI                 | NO | Derrame cerebral   |   |
| SI                 | NO | <i>Sólo Mujeres: ¿ Está embarazada o planeando embarazarse?</i>  |   |
| SI                 | NO | Usa Tabaco?  | Si marcó sí, qué tipo?  |
|                    |    |  | Si marcó sí, cuánto/con qué frecuencia?   |
| SI                 | NO | Tiene alergias?  | Haga una lista y describa tipos de reacciones:                                      |

**SU HISTORIA FAMILIAR**

| Circule una opción |    | Por favor marque SI o NO por cada ítem listado para identificar si un miembro de su familia inmediata ha sido diagnosticado o ha tenido dificultades con los mismos. | Si marcó SI, por favor identifique su relación con el miembro familiar (p. ej. madre, abuelo, hermano, etc.) |
|--------------------|----|--|--|
| SI                 | NO | Cancer   |  |
| SI                 | NO | Diabetes   |  |
| SI                 | NO | Enfermedad cardíaca  |  |
| SI                 | NO | Colesterol Alto  |  |
| SI                 | NO | Hipertensión   |  |
| SI                 | NO | Muerte cardíaca súbita antes de los 50   |  |
| SI                 | NO | Suicidio   |  |

**SUS MEDICACIONES**

| Toma alguna de las siguientes medicaciones? | Circule Uno |    | Enumere quién/es prescriben su medicación |
|---|-------------|----|---|
| Aripiprazole (Abilify)                      | YES         | NO |   |
| Asenapine Maleate (Saphris)                 | YES         | NO |   |
| Clozapine (Clozaril)                        | YES         | NO |   |
| lloperidone (Fanapt)                        | YES         | NO |   |
| Lurasidone (Latuda)                         | YES         | NO |   |
| Olanzapine (Zyprexa)                        | YES         | NO |   |
| Olanzapine/Fluoxetine (Symbyax)             | YES         | NO |   |
| Paliperidone (Invega)                       | YES         | NO |   |

|                         |     |    |  |
|-------------------------|-----|----|--|
| Quetiapine (Seroquel)   | YES | NO |  |
| Risperidone (Risperdal) | YES | NO |  |
| Ziprasidone (Geodon)    | YES | NO |  |

**CONTINUACIÓN DE SUS MEDICACIONES**

| Enumere todos los otros medicamentos que toma actualmente (Incluyendo medicamentos sin receta) | Enumere quién/es están prescribiendo su medicación |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Autoevaluación de Pre-Diabetes**

|   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| <b>Responda a las siguientes 7 preguntas – por cada “Si”, sume los puntos de la lista.</b>                            | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| Tiene un padre con diabetes?  | 1         | 0         |
| Tiene un hermano o hermana con diabetes?  | 1         | 0         |
| Es Ud. una mujer que ha tenido un bebé que pesó más de 9 libras al nacer?   | 1         | 0         |
| Tiene entre 45 y 64 años?   | 5         | 0         |
| Es Ud. menor de 65 años y tiene poca o ninguna actividad física en un día típico?                                     | 5         | 0         |
| Tiene 65 años o más?  | 5         | 0         |
| Encuentre su altura en la siguiente tabla.<br>¿Pesa tanto o más que el peso que aparece en la tabla para su estatura? | 9         | 0         |

| Altura | Peso | Altura | Peso | Altura | Peso | Altura | Peso | Altura | Peso |
|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|
| 4'10"  | 129  | 5'2"   | 147  | 5'6"   | 167  | 5'10"  | 188  | 6'2"   | 210  |
| 4'11"  | 133  | 5'3"   | 152  | 5'7"   | 172  | 5'11"  | 193  | 6'3"   | 216  |
| 5'0"   | 138  | 5'4"   | 157  | 5'8"   | 177  | 6'0"   | 199  | 6'4"   | 221  |
| 5'1"   | 143  | 5'5"   | 162  | 5'9"   | 182  | 6'1"   | 204  |        |      |

Pre-Diabetes  
Screening Score

---



**Información sobre Médico de Atención Primaria / Clínica de Atención Primaria y de Farmacia**

Nombre del Médico o Clínica

Dirección

No. de Teléfono

No. de Fax

Nombre de Farmacia

Dirección

No. de Teléfono

No. de Fax

Firma del Cliente O Padre/Tutor Legal si es menor de 15 años o incapacitado

Fecha

/ /

**For Internal Use Only**

Form reviewed by (Intake Clinician)

Fecha

/ /

If client does not have PCP was a referral made to Be Well Clinic? Yes No

/ /

Date of Referral

If no, why not:

\_\_\_\_\_

AllHealth Network

155 Inverness Drive West Englewood CO 80112

PERMISO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN O AUTORIZACIÓN PARA 42 C.F.R. PARTE 2

Yo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
Nombre del Consumidor Inicial del 2do. Nombre Apellido Fecha de Nacimiento del Consumidor

AllHealth Network a obtener información y compartir información con: mi compañía de seguros de salud identificada incluyendo Medicaid o Medicare

La información relacionada con el Abuso de Sustancias puede incluir:

- Evaluación/Diagnóstico/Antecedentes Familiares Información Médica/ Medicaciones Prescriptas
Resumen y Recomendaciones de Tratamiento Historia y Tratamiento de Drogas/ Alcohol
Pruebas Psicológicas/Consultas Planes de Servicios

Al marcar esta casilla, autorizo a AllHealth Network a divulgar mi información de salud, incluida la información relacionada con mi tratamiento para el abuso de alcohol y / o drogas, con el propósito de que AllHealth Network presente reclamaciones de pago a mi compañía de seguros. (Los servicios no pueden ser condicionados o rechazados si el consumidor se niega a firmar.)

Si es aplicable, por la presente autorizo a la Organización de la Salud del Comportamiento ("BHO") que haya recibido y procesado un reclamo por los servicios que me ha proporcionado AllHealth Network, a volver a difundir dicha información al Departamento de Política y Financiamiento del Departamento de Salud de Colorado (Medicaid) para sus propósitos de administración de Medicaid como es requerido por el contrato que BHO tiene con Medicaid.

BHOs autorizados para recibir y volver a divulgar información: Access Behavioral Care; Behavioral Healthcare, Inc; Asociaciones de Salud de Colorado; Foothills Behavioral Health Partners, LLC

Entiendo que la información a ser divulgada/autorizada puede contener información relativa a la siguiente condición(es):

- Abuso de Drogas Condiciones Psiquiátricas /Tratamiento
Alcoholismo o Abuso de Alcohol VIH / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ (SIDA)

Entiendo que AllHealth Network no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios conforme firme o no.

Si la información a ser divulgada/ autorizada se refiere al diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y abuso de drogas, entiendo que la confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2.

Entiendo que puedo revocar esta autorización o permiso en cualquier momento mediante notificación verbal escrita a AllHealth Network, excepto en la medida en que ya se hayan adoptado medidas basadas en ella. Sin dicha revocación, esta autorización expirará el \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, o si se deja en blanco, dos años a partir de la fecha de mi firma, o como resultado de la acción o evento de \_\_\_\_\_.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar este formulario sujeto a las condiciones indicadas arriba o si firmo tengo derecho a una copia del formulario firmado

Firma del Consumidor/Padre/Representante Legal

Relación con Consumidor

Fecha

Testigo

AVISO A QUIÉN SE DARÁ ESTA INFORMACIÓN: Esta información se le ha suministrado a partir de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que ésta esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o como está permitido de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o enjuiciar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

\* Una copia / facsímil de este Permiso de Divulgación / Autorización es tan válida como el original.

\*\* Si es aplicable, una evaluación de la cantidad mínima necesaria de información requerida se ha aplicado a este permiso de divulgación/ autorización.

**DELINCUENTE FUERA DEL ESTADO  
CUESTIONARIO DEL CLIENTE**

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por todos los clientes que buscan admisión a este programa para cualquier tipo de educación o tratamiento, como lo requiere la ley de Colorado. La negativa a cooperar o el no proporcionar información completa o exacta, incluyendo la no firma del Permiso de Divulgación de Información a la agencia de justicia criminal que lo refiere, resultará en la negación de asistir al programa de tratamiento y la notificación a las autoridades, de acuerdo con los requisitos en C.R.S. 17-27.1-101.

1) ¿Está obligado a informar sobre el progreso o culminación del tratamiento a cualquier tribunal, Departamento de Correcciones, Libertad Condicional, Suspensión condicional de sentencia, Programa Preventivo para Adultos u Oficina de Patentes y Rodados?  SI  NO

2) ¿Tiene algún caso pendiente en otro estado?  SI  NO

Si marcó SI en 1 o 2, por favor conteste las siguientes preguntas:

3) ¿Para qué estado está cumpliendo el tratamiento? \_\_\_\_\_

4) ¿A quién debe reportar su tratamiento? \_\_\_\_\_  
(ejemplo: corte, juez, libertad condicional, suspensión condicional de sentencia, etc.)

5) ¿Está, o estará bajo la supervisión de un Oficial de Libertad Condicional o Suspensión condicional de sentencia en Colorado?

6) Sólo para infractores de Conducción Bajo la Influencia: ¿Está buscando educación o tratamiento con el único propósito de restaurar sus privilegios de conducir como resultado de una infracción a causa del consumo de alcohol o drogas en otro estado, pero no está bajo orden judicial para hacerlo?  YES  NO

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Si respondió SI a 1 y 2, por favor proporcione lo siguiente: \_\_\_\_\_  
Nombre, dirección y número de teléfono de su \_\_\_\_\_  
Oficial de libertad condicional, juez u Oficial de Prevención. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Deberá incluir una copia de su orden de Libertad Condicional, Corte u Orden Preventiva, incluyendo los requerimientos del tratamiento.

**Staff use only:** If yes to 1 or 2, Contact Rebecca Frazier, Treatment Placement Analyst with the Interstate Office, Colorado Department of Corrections at 303-763-2441 or [rebecca.frazier@state.co.us](mailto:rebecca.frazier@state.co.us) to complete notification of out of state offender placement documents. Form A and Form B must be completed and submitted to the DOC.

## POLÍTICA DE HONORARIOS/FACTURACIÓN

Muchas gracias por elegir a Arapahoe/Douglas Mental Health Network (ALLHEALTH NETWORK) como su proveedor de atención de la salud conductual. Nos hemos comprometido a brindarle una atención destacada al costo más accesible. Para lograr estas metas, necesitamos su asistencia y su comprensión de nuestra política financiera.

**TODOS LOS COPAGOS, LOS COSEGUROS, LOS DEDUCIBLES Y/O LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS SON PAGADEROS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO.**

**SOLO MEDICAID:** Si tiene algún otro seguro además de Medicaid, debe brindar dicha información de inmediato. No hacerlo constituye un FRAUDE. Medicaid siempre es el seguro pagador de último recurso.

- ALLHEALTH NETWORK está autorizado para recibir el pago directo de su compañía de seguros por los servicios de salud conductual y/o los beneficios de servicios médicos que se le presten.
  - TODOS los servicios no cubiertos deben ser pagados en el momento del servicio. Estos servicios y sus honorarios asociados serán tratados con usted antes de la prestación del servicio.
  - Como cortesía, cuando presente su tarjeta de seguro vigente y válida, le facturaremos a su compañía de seguros. No obstante, la totalidad del saldo es su responsabilidad, independientemente de que la compañía de seguros pague o no. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Nosotros no somos parte de dicho contrato.
  - Es su responsabilidad asegurarse de que la tarjeta de seguro provista sea la más actualizada, y que toda la información personal sea correcta, incluidos su nombre, su fecha de nacimiento y el médico de cabecera (si corresponde).
  - En caso de que cambie su cobertura de seguro a un plan en el que seamos un proveedor fuera de la red, usted es responsable del pago total en el momento en que se preste el servicio.
  - Hay asistencia financiera disponible para los clientes que reúnen los requisitos y proveen comprobantes actuales de ingresos, comprobante de sus dependientes y comprobante del domicilio. (Hay una lista de los documentos adecuados disponible a pedido).
  - Nos reservamos el derecho de agregar el 25% a la cantidad total impaga, si su cuenta debe enviarse a una agencia de cobros independiente.
  - Nos reservamos el derecho a cobrarle \$35.00 como arancel por fondos insuficientes (ISF, por su sigla en inglés) sobre los instrumentos rechazados (cheques y/o transacciones de las tarjetas de crédito/débito).
  - Nos reservamos el derecho de cobrarle \$30.00 como arancel por no presentarse sobre todas las citas canceladas sin aviso previo con 24 horas de anticipación.
  - Anualmente debe revisar esta política financiera y completar un formulario de admisión financiera
- Comprendo que con mi firma en este contrato de honorarios, presto mi consentimiento para el tratamiento y me comprometo a asistir periódica y puntualmente a todas mis citas. Comprendo que asistir a las sesiones me ayudará a alcanzar mis metas terapéuticas. Comprendo asimismo y consiento que dos citas perdidas o cancelaciones tardías en 90 días, no pagar los copagos exigidos o cualquier combinación de estas faltas darán lugar a que se traspase mi atención a un nivel alternativo de atención, intentos de comunicarse conmigo, o mi baja como cliente en caso de que no responda. Comprendo que el pago se adeuda en el momento del servicio. Comprendo que los honorarios y aranceles adeudados deben pagarse para que se considere mi reincorporación. Se me invita a llamar a Admisiones al 303-730-8858 para ser considerado para servicios futuros.



## DECLARACIÓN DE INGRESO

Nombre \_\_\_\_\_ # Cliente \_\_\_\_\_ A la fecha \_\_\_\_\_

El cliente está recibiendo servicios de AllHealth Network. Nos han indicado la siguiente información:

Actualmente no tengo ninguna fuente de ingreso o de seguro.

O

Tengo recursos limitados y estoy solicitando asistencia.

Ingreso Anual del Hogar \_\_\_\_\_  
# Total de Individuos en el Hogar \_\_\_\_\_

El cliente ha acordado notificar a AllHealth Network cuando su situación cambie en cuanto a sus ingresos, dependientes o elegibilidad de seguro. El cliente entiende que la cuota se basa en el ingreso total del hogar y el número de dependientes.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Imprenta de representante de AllHealth Network

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante de AllHealth Network

\_\_\_\_\_  
Fecha



**FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE Y CONTRATO DE HONORARIOS**

Marque el que corresponda:  Seguro nuevo  Misma póliza/Diferente copago  Seguro perdido  Sin cambios

|   |            |                      |                         |  |        |                                     |                                 |  |
|---|------------|----------------------|-------------------------|--|--------|-------------------------------------|---------------------------------|--|
| N.° de ID del cliente<br>____-____-____-____                  |            | Apellido del cliente |                         | Nombre de pila                         |        | Inicial media                       | Fecha de nacimiento del cliente |  |
| N.° de Seguro Social del cliente:<br>____-____-____-____      |            |                      |                         | <b>Fecha de vigencia de la póliza:</b> |        |                                     |                                 |  |
| <b>PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE por el CLIENTE</b>     |            |                      |                         |  |        |                                     |                                 |  |
| Relación con el cliente: (Marque su respuesta con un círculo) |            |                      |                         |  |        | SSN del responsable                 |                                 |  |
| 1) Cliente  | 2) Cónyuge | 3) Dependiente       | 4) Padre/Tutor          | 5) Otro                                | _____  | ____-____-____                      |                                 |  |
| Apellido  |            | Nombre de pila       |                         | Inicial media                          |        | Fecha de nacimiento del responsable |                                 |  |
| Calle   |            |                      | Ciudad                  |  | Estado |                                     | Código postal                   |  |
| Teléfono particular   |            |                      | Teléfono laboral y ext. |  |        | Lugar de empleo                     |                                 |  |

**TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIA**

|                                  |  |                |  |  |   |  |
|----------------------------------|--|----------------|--|--|---|--|
| Apellido del titular de póliza   |  | Nombre de pila |  | Inicial media  | SSN del titular de póliza                 |  |
| Nombre de la compañía de seguros |  |                |  |  | Fecha de nacimiento del titular de póliza |  |
| Empleador del titular de póliza  |  |                |  |  | N.° de teléfono de la compañía de seguros |  |
| N.° de póliza                    |  | N.° de grupo   |  | Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro |   |  |

**SEGURO SECUNDARIO (COMPLETAR ÚNICAMENTE SI TIENE UN SEGUNDO PLAN DE SEGURO)**

|                                  |  |                |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|----------------|--|--|--|--|
| Apellido del titular de póliza   |  | Nombre de pila |  | Inicial media  | SSN del titular de póliza                  |  |
| Nombre de la compañía de seguros |  |                |  |  | Fecha de nacimiento del titular de póliza  |  |
| Empleador del titular de póliza  |  |                |  |  | N.° de teléfono de la compañía de seguros: |  |
| N.° de póliza                    |  | N.° de grupo   |  | Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro |  |  |

**To Be Completed by Allhealth Network**

|   |  |  |  |   |  |  |
|---|--|--|--|---|--|--|
| Ingreso bruto anual                                   |  | <b>DOCUMENTACIÓN SOBRE LAS TARIFAS ESCALONADAS</b> |  |   |  |  |
| Cantidad de dependientes (incluido el cliente)        |  | TIPO DE COMPROBANTE DE INGRESOS                    |  | PORCENTAJE DE LOS CARGOS QUE DEBE PAGAR |  |  |
| Cantidad de hijos dependientes                        |  | TIPO DE COMPROBANTE DE DEPENDIENTES                |  | RESULTADO DE LA SOLICITUD DE MEDICAID   |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTACIÓN DE LA VERIFICACIÓN DE DOMICILIO |  |  |  |   |  |  |

He leído la Política sobre honorarios/facturación al dorso. Comprendo que los copagos y los deducibles son estimados, se basan en la información que ALLHEALTH NETWORK ha recibido de mi compañía de seguros, y están sujetos a cambio. He completado la información solicitada en su totalidad, y a mi leal saber y entender. Recibí una copia del formulario. **Estoy de acuerdo con asumir la responsabilidad y pagarle a Network los honorarios cedidos/los honorarios del seguro.**

Autorizo a Arapahoe/Douglas Mental Health Network a divulgar mi información con todos los fines de reclamaciones y pago, según lo solicite mi compañía de seguros o un tercero pagador, y eximo a Arapahoe/Douglas Mental Health Network de toda responsabilidad relacionada con dicha divulgación de información.

Cedo todos los beneficios y los derechos al pago de los servicios provistos por Arapahoe/Douglas Mental Health Network, y autorizo que se efectúe el pago directamente a Arapahoe/Douglas Mental Health Network por los terceros pagadores que brinden beneficios o paguen dichos servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante de ALLHEALTH NETWORK

\_\_\_\_\_  
Fecha

