

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 <u>coordinador de atención clínica.</u> 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 Formulario ADMANTACIÓN (SESENTICIOS 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 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 para obtener información adicional sobre cómo crear directivas anticipadas.



CONSENTIMIENTO DE ALLHEALTH NETWORK

| Sí | No | Consentimiento para el tratamiento: Voluntariamente presto mi consentimiento para mi evaluación y tratamiento, o para la evaluación o el tratamiento de mi hijo o tutelado menor de edad, por parte de proveedores de atención médica calificados en ALLHEALTH NETWORK. Tengo conocimiento de que la atención y el tratamiento no son ciencias exactas y reconozco que no se me han otorgado garantías como resultado del tratamiento. Comprendo que tengo derecho a consentir, o a negarme a consentir, un tratamiento propuesto, y tengo derecho a una segunda opinión |
|------------------|--------------------------------|---|
| | | sobre mi diagnóstico y mi plan personalizado de tratamiento. |
| Sí | No | Consentimiento para el contacto de seguimiento: Autorizo al personal de ALLHEALTH NETWORK para que se comunique conmigo después de mi alta de sus servicios para obtener información a exclusivos fines de seguimiento. Toda la información obtenida por ALLHEALTH NETWORK será confidencial, según lo definen las leyes y las reglamentaciones estatales y federales. |
| Sí | No | Consentimiento para los servicios de telepsiquiatría: En caso de que necesite Servicios psiquiátricos en una sede de ALLHEALTH NETWORK cuando el médico recetante no está en la misma sede, autorizo al personal de ALLHEALTH NETWORK para utilizar servicios de telepsiquiatría. La telepsiquiatría es la prestación de servicios psiquiátricos mediante sistemas audiovisuales electrónicos cuando el psiquiatra y el cliente no se encuentran en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos que se emplean en telepsiquiatría incorporan funciones de seguridad de la red y del software para proteger la confidencialidad de la información de los clientes y de los datos audiovisuales. Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría durante el curso de mi atención en cualquier momento. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telepsiquiatría. Comprendo que la tecnología empleada por el médico recetante está encriptada para evitar el acceso no autorizado a mi información médica privada. Comprendo retirar mi consentimiento no afectará la atención o el tratamiento futuros. Comprendo que el médico recetante tiene derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telepsiquiatría durante el curso de mi atención en cualquier momento. |
| Sí | No | iene directivas anticipadas? Las directivas anticipadas son instrucciones escritas que expresan sus deseos sobre los tipos de atención médica que desea recibir en casos de emergencia. Si así lo desea, podemos incorporar una copia de sus directivas anticipadas en su historia clínica. Si no las tiene, puede hablar con su médico de cabecera o llamar a su seguro o a la organización de Medicaid. |
| - - - - | Carta Cont Decl alcol | iniciales al pie, reconozco que me han entregado/ofrecido una copia de lo siguiente: de bienvenida a ALLHEALTH NETWORK y copias de todos los documentos firmados rato de tratamiento, consentimiento y acuse de recibo rración de derechos de privacidad, incluida la Confidencialidad de la drogodependencia y el olism rmación financiera del cliente y política financier |
| | rma del cliente/ | |
| ١٨. | litness of AllHea | h Network |



FORMULARIO DE DATOS DEMOGRÁFICOS

| | | | | | Fecha de nacimiento: |
|--|------------------------------------|---|--|---|---|
| Nombre del cliente: | | | | | |
| Raza (Seleccione todas las que correspondan): ☐ Indio(a) americano(a) o nativo(a) de Alaska ☐ Asiático(a) ☐ Negro(a) o africano(a) americano(a) ☐ Blanco(a) ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Sin respuesta | ☐ Cubano ☐ Mexical ☐ Puertor | o nno rriqueño rigen hispano puesta | | | Sexo con el que se identifica el (la) cliente(a): ☐ Femenino ☐ Masculino |
| Estado civil: □ Nunca se ha casado □ Casado(a) □ Casado(a), separado(a) □ Div Situación de vivienda: □ Solo(a) □ Con madre □ Con compañero(a) o pareja □ Con padre □ Con cónyuge □ Con hermanos(as) □ Con niños □ Con padre(s) de crianza | | | a) □ Viudo(a) parientes tutor(a) personas que notes | o son | Orientación sexual: Bisexual Gay o lesbiana Heterosexual Otro(a) Sin respuesta |
| Parientes en el hogar Nombre(s): Contacto de emergencia: (Además, tiene que l Divulgación de información). | lenar un formular | rio de | Fecha de nacimiento o edad | (circule) M o F M o F M o F M o F M o F | Parentesco con el (la) cliente(a): Teléfono: |
| Nombre: Persona autorizada para tomar decisiones mé | dicas por menore | es | Parentesco: | | |
| Nombre: Nombre: Lugar de residencia: | | | | | Parentesco: |
| ☐ Vida independiente ☐ Internado ☐ Centro de reinserción social ☐ Centro de cuidados (adulto) ☐ Hogar de crianza (joven) ☐ Instalación residencial (adulto - salud menta ☐ Instalación correccional ☐ Vivienda con régimen asistencial ☐ Tratamiento o grupo residencial ☐ Sin hogar | (ac | Hogar de ancia | amiento de agud te) a o (adulto) | | ¿Es veterano(a)? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene el (la) cliente(a) un historial de traumas? ☐ Sí ☐ No |

| Función principal actual ☐ Empleado(a) (tiempo completo 35 + horas / semana) ☐ Empleado(a) (tiempo parcial ≤ 35 horas / semana) ☐ Desempleado(a) ☐ Militar ☐ Jubilado(a) ☐ Empleado(a) con régimen asistencial | | ☐ Estudiante (edades de 0-18 solamente) ☐ Voluntario(a) ☐ Amo(a) de casa ☐ Discapacitado(a) ☐ Recluso(a) * Por favor, tenga presente que estas categorías son designadas por los Estados. | | Discapacidades: (Seleccione todas las que correspondan): Ninguna Sordo(a) o pérdida considerable de la audición Ciego(a) o pérdida considerable de la visión Lesión cerebral traumática Discapacidad relacionada con el aprendizaje Discapacidad relacionada con el desarrollo | | |
|---|--|---|--|---|--|--|
| Ingreso bruto anual familiar | \$ | | | Mémoro do monoro | | |
| Número de personas sustenta | | | | Número de menores dependientes: | | |
| | | | | uependientes. | | |
| ¿Recibe el (Ia) cliente(a) SSI (si g <i>Income</i> - Seguridad de Ingres ☐ Sí ☐ No | | urity | ¿Recibe el (la) cliente(a) SSDI (sig <i>Insurance</i> - Seguro por Discapaci | | | |
| | | | | | | |
| Nivel de educación más alto alcanzado Información de la escuela (si | ☐ Pre- kindergarten ☐ Kindergarten ☐ Grado 1 ☐ Grado 2 ☐ Grado 3 ☐ Grado 4 ☐ Grado 5 estudia actualmente) | | ☐ Grado 6 ☐ Grado 7 ☐ Grado 8 ☐ Grado 9 ☐ Grado 10 ☐ Grado 11 ☐ Grado 12 o equivalencia de escuela secundaria | ☐ Cursos universitarios ☐ Grado universitario ☐ Maestría ☐ Doctorado | | |
| Nombre de la escuela | | | | | | |
| Dirección | | Ciudad | i Estado | Código postal | | |
| Clasificación de fumador(a): | | | | | | |
| ☐ Actualmente fuma o consi | ume tabaco — diariamento | e | ☐ Anteriormente fumó o consun | nió tabaco | | |
| ☐ Actualmente fuma o consu | ıme tabaco — periódicame | ente | ☐ Nunca fumó o consumió tabac | 0 | | |
| ☐ Actualmente fuma o consu | ıme tabaco — frecuencia d | lesconocid | a 🔲 No se sabe si alguna vez fumó o consumió tabaco | | | |
| Existencia de problemas de salud mental (Seleccione una): ☐ Más de un año ☐ Un año o menos | | | Servicios anteriores o actuales (Marque todos los que correspondan): | | | |
| Historial de servicios de salud mental (Marque todos los que correspondan): | | | ☐ Correccionales para adultos ☐ Discapacidades relacionadas con el desarrollo ☐ Educación especial ☐ Asistencia social para menores | | | |
| ☐ Internado —— Número de hospitalizacio | ones psiquiátricas anteriores | | ☐ Abuso de sustancias | | | |
| ☐ Otro 24 horas ☐ Cuidado parcial | | | ☐ Ninguno | | | |
| ☐ Ambulatorio | | | Número de arrestos en los último | os 30 días: | | |
| ☐ Ninguno | | | ¿Está embarazada? 🗆 Sí 🗀 No | | | |



INFORMACION DEL HISTORIAL MEDICA DEL CLIENTE

| Apellido: | Prim | er Nombre: | | I.M. | Fecha de Nacim | iento: |
|---|---------------|----------------|--------------------------------------|---------------|--|--------------------|
| Por favor conteste las siguentes preguntas | de su salud: | | | | | |
| Cuando fue la ultima cita annual de su che | equeo fisico? | ☐ Nunca | □ 0-12 Meses | ☐ 1-5 Anos | s □ 5+ Anos | ☐ Desconocido |
| Cuando fue su ultima cita Dental? | | ☐ Nunca | □ 0-12 Meses | ☐ 1-5 Anos | s □ 5+ Anos | ☐ Desconocido |
| Cuando fue su ultima vacuna de la Influen | za? | ☐ Nunca | ☐ 0-12 Meses | ☐ 1-5 Anos | s □ 5+ Anos | ☐ Desconocido |
| Esta embarazada? | □ No | ☐ Si | \square No aplicable | (N/A) | | |
| Usted experimenta algun tipo de dolor? | □ No | ☐ Si | Use est | a escala para | determinar su ni | vel de dolor |
| Nivel de dolor Lugar del do | lor | | No Pain | | Moderate Pain | Worst Pain |
| Nivel de dolor Lugar del do | lor | | 0 1 | 2 3 4 | 5 6 7 | 8 9 10 |
| Nivel de dolor Lugar del do | lor | | | | (2) (2) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4 | 8 10 |
| Por favor provea la siguiente informacion | relacionada a | a su estado fi | sico: | | | |
| Asma: \square Nunca presente \square Actualmente- Recibiendo tratamiento | | ☐ Historial o | de condicion ion Indisponible | ☐ Actualm | nente – No recib | iendo tratamiento |
| Diabetes: ☐ Nunca presente ☐ Actualmente - Recibiendo tratamiento |) | | de condicion cion Indisponible | ☐ Actualr | nente – No recib | iendo tratamiento |
| Hypertension: Nunca presente Actualmente - Recibiendo tratamient | | | de condicion cion Indisponible | ☐ Actualm | nente – No recib | iendo tratamiento |
| Sobre/Bajo de peso: Nunca presente Actualmente - Recibiendo tratamiento |) | | de condicion cion Indisponible | ☐ Actualm | nente – No recib | iendo tratamiento |
| Problemas para dormir: ☐ Nunca presento☐ Actualmente - Recibiendo tratamiento | | | l de condicion acion Indisponible | | mente – No recik | piendo tratamiento |
| Por favor de su lista de medicamentos que | | do actualmer | nte: Frecuencia | | Drocerinto | |
| Nombre | Dosis | | Frecuencia | | Prescripto | <u> </u> |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| Informacion de atencion primaria medica y su farmacia preferida | |
|---|--|
| Nombre de su medico primario: | |
| Numero de telefono de su medico primario: | |
| Nombre de su farmacia preferida: | |
| Numero de su farmacia preferida: | |
| | |
| Que tan bien escucha sin su aparato auditivo? □ Adecuadamente □ Molestias minimas □ Molestias □ Molestias Severas □ No deseo comentar | |
| Que tan bien puede ver <u>sin</u> anteojos/lentes de contacto? ☐ Adecuadamente ☐ Molestias minimas ☐ Molestias ☐ Molestias Severas ☐ No deseo comentar | |
| | |
| Sin desearlo, ha bajado/Subido de peso substansialmente en los ultimos 6 meses? ☐ Si ☐ No Su medico le ha diagnosticado, o esta en riesgo de contraer una enfermedad en base a su peso? ☐ Si ☐ No Ha estado hospitalizado/a con un desorden alimenticio? ☐ Si ☐ No Ha estado doagnosticado/a con un desorden alimenticio? ☐ Si ☐ No | |
| Usted necesita ayuda para controlar substancias Ilicitas? (Alcohol, Marijuana, alucinogenos, estimulantes, etc.) ☐ Si ☐ No Alguien alguna vez le ha dicho que tiene problema con las drogas o el alcohol? ☐ Si ☐ No | |
| x_ | |
| Firma del Cliente Padre/Tutor Legal Fecha | |
| (Debajo para uso interno) | |
| Revisado por: (Especialista Clinico) Fecha | |
| Referido para la Clinica Be Well: Si No Si no,por que no?: | |



Client ID#

AllHealth Network

| Yo, | // |
|---|---|
| Nombre del Consumidor Inicial del 2do. Nombre | - F |
| | rtir información con: mi compañía de seguros de salud |
| identificada incluyendo Medicaid o Medicare | |
| La información relacionada con el Abuso de Sustan | icias puede incluir: |
| Evaluación/Diagnóstico/Antecedentes Familiares | |
| Resumen y Recomendaciones de Tratamiento | Historia y Tratamiento de Drogas/ Alcohol |
| Pruebas Psicológicas/Consultas | Planes de Servicios |
| tratamiento para el abuso de alcohol y / o drogas, con el p | ulgar mi información de salud, incluida la información relacionada con mi propósito de que AllHealth Network presente reclamaciones de pago a ndicionados o rechazados si el consumidor se niega a firmar.) |
| Entiendo que la información a ser divulgada/autori | izada puede contener información relativa a la siguiente |
| condición(es): | |
| | quiátricas /Tratamiento |
| Alcoholismo o Abuso de Alcohol | VIH / Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida/ (SIDA) |
| | onar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para |
| beneficios conforme firme o no. | |
| = | fiere al diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y abuso de |
| | rmación está protegida por la Ley Federal 42 C.F.R. Parte 2. ermiso en cualquier momento mediante notificación verbal |
| | en que ya se hayan adoptado medidas basadas en ella. Sin dicha |
| · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | /, o si se deja en blanco, dos años a partir de la |
| fecha de mi firma, o como resultado de la acción o | |
| | · |
| Entiendo que tengo el derecho de negarme a firma | r este formulario sujeto a las condiciones indicadas arriba o si |
| firmo tengo derecho a una copia del formulario firm | mado |
| | |
| Firma del Consumidor/Padre/Representant | te Legal Relación con Consumidor |
| Firma del Consumidor/Padre/Representant | re Legal Relación con Consumidor |

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.

| ¿Está obligado a informar sobre el progreso o culminado Departamento de Correcciones, Libertad Condicional, S | | |
|--|---------------------------|-------------------|
| Programa Preventivo para Adultos u Oficina de Patente | es 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 pregu | ntas: | |
| 3) ¿Para qué estado está cumpliendo el tratamiento? | | |
| 4) ¿A quién debe reportar su tratamiento? | | |
| (ejemplo: corte, juez, libertad condicional, suspensi | ón condicional de sentend | cia, etc.) |
| 5) ¿Está, o estará bajo la supervisión de un Oficial de Liberta sentencia en Colorado? | ad Condicional o Suspensi | ón condicional de |
| 6) Sólo para infractores de Conducción Bajo la Influencia: ¿ el único propósito de restaurar sus privilegios de co causa del consumo de alcohol o drogas en otro esta hacerlo? | nducir como resultado de | una infracción a |
| Su Nombre: | Fecha Nacimiento: | |
| No. de Seguro Social: | Lugar de Nacimiento: _ | |
| Firma: | Fecha de Hoy: | |
| Nombre, dirección y número de teléfono de su | | |
| - | | |

Deberá incluir una copia de su orden de Libertad Condicional, Corte u Orden Preventiva, <u>incluyendo los</u> 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 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.



FORMULARIO DE INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CLIENTE Y CONTRATO DE HONORARIOS

| N.° de ID del cliente | a: Seguro nuevo | · | | copago 🔲 Seg Nombre de pila | | Inicial | In cambios Fecha de nacimiento del cliente |
|---|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------|-----------------|--|
| — — — — — — | | erchente | ' | vombre de pila | | media | r echa de hacimiento del chente |
| N.° de Seguro Social del cliente: | | | Fecha | de vigencia de la p | óliza: | | |
| PERSONA FINANCIERAME | NTE RESPONSABL | E por el CLIENTE | • | | | | |
| Relación con el cliente: (Marque | • | • | | | | SSN d | el responsable |
| 1) Cliente 2) Cónyuge Apellido | 3) Dependiente | 4) Padre/Tutor 5 Nombre de pila |) Otro | | Inicial m | nedia | Fecha de nacimiento del responsable |
| Calle | | Ciudad | | Estado | Código post | tal | |
| Teléfono particular | | Teléfono laboral y | ext. | Lugar de | empleo | | |
| TITULAR DE LA PÓLIZA DE S | EGURO PRIMARIA | | | | | | |
| Apellido del titular de póliza | | Nombre de pila | | | | nicial nedia | SSN del titular de póliza |
| Nombre de la compañía de segur | ros | | | | | | 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 grup | Tipo de seguro: (Ma O = otro | | | (Marcar con ur | n círculo |) I = individual F = familiar |
| SEGURO SECUNDARIO (CO | OMPLETAR ÚNICA | MENTE SI TIENE U | JN SEGUND | O PLAN DE SEC | GURO) | | |
| Apellido del titular de póliza | | Nombre de pila | | | Inicial m | edia | SSN del titular de póliza |
| Nombre de la compañía de segur | ros | | | | | | 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 grup | 0 | | Tipo de seguro: O = otro | (Marcar con un | n círculo |) I = individual F = familiar |
| | То | Be Completed by | Allhealth N | letwork | | | |
| Ingreso bruto anual | | | DOCUM | IENTACIÓN SOBRE LA | AS TARIFAS ESCAL | ONADAS | |
| Cantidad de | | COMPROBANTE | | | PORCENTAJE DE LO | | |
| dependientes | DE INGR | ESOS | | | | | |
| (incluido el cliente) Cantidad de hijos dependientes | | COMPROBANTE NDIENTES | | | RESULTADO DE LA | SOLICITUE | D DE MEDICAID |
| TIPO DE DOCUMENTACIÓN DE LA VERIFICA | CIÓN DE DOMICILIO | · | | | | | |
| e leído la Política sobre honorarios, cibido de mi compañía de seguros, rmulario. Estoy de acuerdo con a s | , y están sujetos a camb | io. He completado la | información so | olicitada en su total | lidad, y a mi leal | l saber y | ormación que ALLHEALTH NETWORK entender. Recibí una copia del |
| itorizo a Arapahoe/Douglas Menta rcero pagador, y eximo a Arapahoe | | 0 | | | ,, , , | | |
| edo todos los beneficios y los derec rapahoe/Douglas Mental Health Ne | | | | | • | zo que s | e efectúe el pago directamente a |
| | | | | | | | |
| Firma del cliente | Fec | na | Re | epresentante de AL | LHEALTH NETW | /ORK | Fecha |



| Nombre: | | Fecha: | | Client ID | | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------|-----------|--|--|--|--|
| If completa 1 | 8 años o más D | ías saludab | les | | | | | |
| Diría que en ge | neral su salud es: (cí | rculo uno) | | | | | | |
| Excelentes | muy buena | buena | justos | pobres | | | | |
| ¿Ahora pensando en su salud física, que incluye enfermedad física y lesiones, de cómo los días durante los últimos 30 días fue su salud física no es buena? Número de días: (0-30 días) | | | | | | | | |
| ¿Ahora pensando en su salud mental que incluye tensión, depresión y problemas con las emociones, para cuántos días, durante los últimos 30 días fue su salud mental no es buena? Número de días: (0-30 días) | | | | | | | | |
| habituales, tale | ¿Durante los últimos 30 días, para sobre cuántos días mala salud física o mental le impidan hacer sus actividades habituales, tales como autocuidado, trabajo o recreación? Número de días: (0-30 días) | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Completa if e | dad 5-17 | PGH-7 | | | | | | |
| ¿Que está cont | estando este formula | ario? (Círculo un | o) Padre o t u | itor Niño | | | | |
| En general, diri | ías que es tu/su saluc | l: (círculo uno) | | | | | | |
| Excelentes | muy buena | buena | justos | pobres | | | | |
| En general, dirí | ías que calidad de la v | /ida de tu o tu h | ijo es: (círcul | o uno) | | | | |
| Excelentes | muy buena | buena | justos | pobres | | | | |
| En general, cór | no definirías salud fís | ica tu o tu hijo: | (círculo uno) | | | | | |
| Excelentes | muv buena | buena | iustos | pobres | | | | |

En general, ¿cómo definirías salud mental de su/su hijo, incluyendo su estado de ánimo y su capacidad para pensar?

justos

justos

justos

justos

¿Con qué frecuencia hacer tus padres escuchar tus ideas / escuchar a las ideas de su hijo? (Círculo uno)

pobres

pobres

pobres

pobres

buena

buena

buena

buena

¿Con qué frecuencia usted / su hijo divertirse con los amigos? (Círculo uno)

(Círculo uno)

Excelentes

Excelentes

Excelentes

Excelentes

muy buena

muy buena

muy buena

muy buena

¿Con qué frecuencia usted / su hijo siento triste? (Círculo uno)

| Nombre: | Fecha: |
|---------|--------|
| | |



| If completa 13 años o más | Ն -9 | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|-----------------------------------|---------------------------|
| En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha te han molestado por cualquiera de los siguientes problemas? (Uso "✓" para indicar su respuesta) | De nada | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 1. ¿Poco interés o placer en hacer cosas? | | | | |
| 2. ¿Sensación, deprimido o desesperanzado? | | | | |
| 3 . ¿Dificultad para caer o permanecer dormido o dormir demasiado? | | | | |
| 4. ¿Sentirse cansado o tener poca energía? | | | | |
| 5. ¿Falta de apetito o comer en exceso? | | | | |
| 6 . ¿Sentirse mal acerca de ti, o que un fracaso o han defraudado a sí mismo o su familia? | | | | |
| 7. ¿Dificultad para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o viendo la televisión? | | | | |
| 8. ¿Móvil o habla tan lentamente que otras personas pueden haber notado? O lo contrario, ser tan inquieto o agitado que han estado moviendo mucho más de lo habitual? | | | | |
| 9 . ¿Pensamientos que usted estaría mejor muerto o de lastimar a ti mismo de alguna manera? | | | | |
| Client ID: | | | | |
| 10 . Si ha marcado fuera de cualquier problema, lo difícil tiene estos problemas para usted hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o conseguir junto con otras personas? (Circule uno) | No es difícil en absoluto | Algo difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |

| If completa 13 años o más | GAD-7 | | | |
|--|---------------------------------|----------------|-----------------------------------|---------------------------|
| En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha te han molestado por los siguientes problemas? (Uso "√" para indicar su respuesta) | No en que todos | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 1. ¿Sentirse nervioso, ansioso o en el borde? | | | | |
| 2. ¿No pudiendo parar o preocuparse de control? | | | | |
| 3. ¿Preocuparse demasiado por cosas diferentes? | | | | |
| 4. ¿Dificultad para relajarse? | | | | |
| 5. ¿Siendo tan inquieto que es difícil quedarse quieto? | | | | |
| 6. ¿Ser fácilmente molesto o irritable? | | | | |
| 7. ¿Sensación de miedo como si algo terrible podría suceder? | | | | |
| 8. Si usted marcó algún problema, lo difícil tiene estos problemas para usted hacer su trabajo, cuidar de las cosas en casa, o conseguir junto con otras personas? (Circule uno) | No es difícil en absoluto | Algo difícil | Muy difícil | Extremadamente difícil |

Aviso de derechos del cliente

Como un cliente en red AllHealth, usted tiene ciertos derechos. Es importante que sepa Cuáles son esos derechos. Si usted tiene preguntas sobre estos derechos, por favor llame al 303-347-6405. Queremos ayudarle a entender sus derechos. Queremos para asegurarse de que está siendo tratado bastante.

Usted tiene el derecho de:

- Ser tratados con respeto y debida consideración de su dignidad y su privacidad
- Ser tratados por igual sin discriminación basada en raza, color, origen nacional, religión, edad, sexo, género, condición económica, afiliación política, orientación sexual o discapacidad
- Obtener servicios culturalmente apropiados y competentes de AllHealth red proveedores
- Obtener servicios de un proveedor que hable su idioma o servicios de interpretación en cualquier idioma es necesario
- Obtener información de una manera que usted puede entender fácilmente
- Ser parte de las discusiones sobre lo necesario y tomar decisiones sobre su atención con sus proveedores
- Tienen un plan individual de servicios y ser parte del desarrollo.
- Obtener una explicación completa de nosotros acerca de:
 - Usted o su hijo diagnóstico y condición,
 - Diferentes tipos de tratamiento que pueden estar disponibles,
 - Qué tratamiento o medicación puede funcionar mejor, y
 - Lo que puede esperar
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión como medio de convencer para hacer algo que no puede hacer, como castigo o
 para conveniencia del personal
- Saber sobre las tarifas que puede cobrar
- Para solicitar un cambio en las personas su atención.
- Notificará rápidamente de cualquier cambio en los servicios o proveedores de
- Obtenga información por escrito sobre las directivas médicas anticipadas
- Obtener una segunda opinión si usted tiene alguna pregunta o desacuerdo sobre su tratamiento
- Realizar una queja (reclamo) sobre su tratamiento en red AllHealth sin represalias. Usted puede elegir a alguien para que lo represente cuando usted presenta una queja.
- Obtener información acerca de y ayuda con quejas y apelaciones
- Tienen una independiente abogar por ayuda con sus preguntas, problemas o dudas sobre el sistema de salud mental
- Expresar una opinión AllHealth servicios de red de agencias del estado, cuerpos legislativos o los medios de comunicación sin los servicios afectados
- Ejercer sus derechos sin ningún cambio en el trato concertado AllHealth le
- Tienen su privacidad respetada. Su información personal sólo se puede lanzar a otros cuando usted da su permiso o cuando permitido por la ley. Hay excepciones a esto que se pueden encontrar en el aviso de prácticas de privacidad.
- Conocer los registros que se mantienen en usted mientras esté en tratamiento y que puede tener acceso a sus registros
- Obtener copias de sus registros de tratamiento y planes de servicio y pida AllHealth red a cambiar sus registros si usted cree que son incorrectos o incompletos
- Para saber los nombres, estatus profesional y experiencia del personal que está prestando servicios
- Cualquier otro derecho garantizado por el estatuto o Reglamento (la ley)
- Para recibir servicios en el ambiente menos restrictivo, como permitido
- Para saber que sexual intimidad en una relación profesional nunca es apropiado. Debe reportar esto al Departamento de agencias reguladoras.
- Tienen una directiva anticipada y red AllHealth cumplen con ella.

Derechos adicionales

Si usted está recibiendo tratamiento en unidad de tratamiento agudo (ATU) AllHealth red o unidad de estabilización de Crisis (CSU), tiene estos derechos adicionales:

- Recibir y enviar correo; no hay correo entrante o saliente se abrió, retrasado, llevó a cabo o censurado por AllHealth red
- Tener acceso a materiales para escribir carta incluyendo gastos de envío y tener personal miembros ayuda escribir y enviar cartas
- Para tener acceso a un teléfono, tanto para hacer y recibir llamadas en privado
- Para poder cumplir con los visitantes
- Para usar su propia ropa cumple con normas de seguridad para la unidad
- Negarse a tomar medicamentos psiquiátricos, a menos que el tribunal ordene para usted a medicamentos o es un peligro inminente para sí mismo o a otros
- A no ser las huellas digitales a menos que requerido por la ley
- Negarse a ser fotografiado excepto para identificación de instalaciones y los propósitos administrativos de las instalaciones
- Para recibir aviso de 24 horas antes de ser trasladado a otra institución, a menos que haya una emergencia y que red AllHealth notificar a alguien de su elección sobre la transferencia
- Conservar y consultar con un abogado
- Tener la oportunidad de votar en las elecciones primarias y generales

Cómo quejarse acerca de sus servicios

Si usted no está satisfecho con la red AllHealth puede hablar a un representante del cliente al AllHealth red. Vamos a intentar hacer las cosas mejor y ayudar a que arreglar cualquier problema que pudiera tener. Para presentar una queja, llame al 303-347-6405. Le llamaremos volver dentro de 2 días hábiles. Trabajamos duro para solucionar su queja rápidamente; Usted escuchará de nosotros otra vez en no más de 15 días hábiles desde la fecha que se quejó.

Para hacer una queja por escrito, póngase en contacto con:

Red AllHealth Attn: Representante de cliente 155 Inverness Dr. W.; Suite 200 Englewood, CO 80112

Otros números importantes

Usted tiene el derecho de entrar en contacto con personas fuera de red AllHealth acerca de sus preocupaciones. Estos son algunos lugares que desee en contacto con.

- Departamento de agencias reguladoras (DORA) en 303-894-7855 o 800-886-7675 o www.Colorado.gov/Dora o en 1560 Broadway Suite 110, Denver, CO 80202
- Señal en 303-639-9320 o 6130 Greenwood Plaza Blvd., Greenwood Village, CO 80111
- Oficina de salud mental en el 303-866-7400 o 3824 W Princeton CIR., Denver, CO 80236
- Salud conductual en 303-751-9030 o 1-800-984-9133 de acceso
- Departamento de salud política y financiación (HCPF) llamando al (303) 866-3513, llame sin cargo al 1 (800) 221-3943, o en 1570 Grant Street, Denver, Colorado 80203
- Ombudsman de atención administrada de Medicaid en (303) 830-3560, llame sin cargo al 1 (877) 435-7123, o TTY al 1 (888) 876-8864
- Su compañía de seguros (a menudo quejas pueden ser aceptadas en línea o llamando al Departamento de servicios de miembros)

Client ID#



ÍNDICE DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN

| - Nombre | | | |
|--------------------|----------|-------|---------------|
| Dirección | Ciudad | Calle | Código postal |
| Número de teléfono | <u> </u> | | |

Use la columna de la derecha para indicar sus respuestas.

| G14 | ¿Cuánto tiempo ha vivido er | 1 | |
|-----|---|------------------|--|
| | este domicilio? | Años Meses | |
| G16 | Fecha de nacimiento: | / | |
| | | (mes/día/año) | |
| G17 | ¿De qué raza se considera? | | |
| | 1. Blanca (no hispano) | | |
| | 2. Negra (no hispano) | | |
| | 3. Aborigen americano | | |
| | 4. Nativo de Alaska | | |
| | 5. De Asia/Del Pacífico | | |
| | 6. Hispana - Mexicano | | |
| | 7. Hispana – Portorriqueño | | |
| | 8. Hispana - Cubano | | |
| 010 | 9. Hispana - Otros | | |
| G18 | ¿Tiene alguna preferencia re | _ | |
| | 1. Protestante 3. Judío 5. Otra | | |
| | 2. Católico 4. Islamita | 6. Ninguna | |
| G19 | ¿Ha estado en un entorno co | ontrolado en los | |
| | últimos 30 días? | | |
| | 1. No 4. Tratamiento médico | | |
| | 2. Prisión 5. Tratamiento psiquiátrico | | |
| | 3. Trat. por alcohol/drogas 6. Otro: | | |
| | Un lugar teóricamente sin acceso a las drogas o al alcohol. | | |
| G20 | ¿Por cuántos días? | | |
| | "NN" si respondió No a la Pregunta G19. Se refiere a la | | |
| | cantidad <u>total</u> de días que estuvo detenido en los últimos 30 | | |
| | días. | | |

Algunas de las preguntas de este cuestionario le piden que califique la gravedad de algo en particular. Para dichas preguntas, use la siguiente escala de calificación:

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente</u> <u>4 = Extremadamente</u>

Si tiene alguna duda sobre cómo responder una pregunta, consútenos. Muchas gracias.

ESTADO DE SALUD

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

| M1 | ¿Cuántas veces estuvo internado por | |
|----|---|---|
| | problemas médicos en su vida? Incluya estadías | |
| | de más de un día y por observación. Excluya tratamientos de | |
| | desintoxicación, de drogodependencia/alcoholismo, | |
| | tratamientos psiquiátricos y partos (si no hubo | ĺ |
| | complicaciones). Ingrese la cantidad de internaciones por | l |
| | problemas médicos de más de una noche. | ı |

| M3 | ¿Tiene problemas médicos crónicos que interfieren con su vida de manera continua? | | |
|----|--|--|--|
| | 0=No 1=Sí Si la respuesta es "Sí", especifíquelos en los comentarios. Una afección médica crónica es una afección física grave que requiere atención regular (es decir, medicamentos, restricción dietaria) que le impide aprovechar sus habilidades al máximo. | | |
| M4 | ¿Toma medicamentos recetados con regularidad por un problema físico? 0 = No 1 = Sí Si la respuesta es "Sí", especifíquelos en los comentarios. Medicamentos prescritos por un médico para sus afecciones médicas; no medicamentos psiquiátricos. Incluya los medicamentos recetados, independientemente de que los esté tomando ahora o no. La intención es verificar la existencia de afecciones médicas crónicas. | | |

M5 ¿Recibe una pensión por discapacidad física? 0 = No 1 = Sí Si la respuesta es "Sí", especifíquelos en los comentarios. Incluya seguros por accidentes de trabajo; excluya discapacidades psiquiátricas.

| M6 | ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en los últimos 30 días? No incluya las afecciones causadas directamente por las drogas o el alcohol. Incluya resfriados, gripe, etc. Incluya afecciones graves relacionadas con las drogas y el alcohol que continúan a pesar de que usted esté en abstinencia (por ej., cirrosis hepática, abscesos de las inyecciones, etc.). |
|-----------|---|
| Use la es | scala de calificación que antecede. |
| M7 | ¿Cuánto lo han molestado estos problemas médicos en los últimos 30 días? Restrinja su respuesta a los días con los problemas identificados en la Pregunta M6. |

| _M8 | , ¿Qué importancia tiene para usted el | |
|-----|--|--|
| | tratamiento de estos problemas médicos | |
| | ahora? Se refiere a su necesidad de un tratamiento | |
| | médico nuevo o adicional. | |
| | | |
| | | |

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente</u> <u>4 = Extremadamente</u>

ESTADO DE EMPLEO/SOSTÉN ECONÓMICO

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

| E1 | Educación completada: GED = 12 años, indique en los comentarios. Incluya solo la educación formal. | Años | Meses |
|----|---|------|-------|
| | | | |
| E2 | Educación vocacional o técnica completada: Solo capacitación formal/organizada. Para el entrenamiento militar, incluya solo el entrenamiento que puede emplearse en la vida civil, por ejemplo, | Años | Meses |
| | electrónica o computación | | |

| E4 | ¿Tiene licencia de conductor vigente? | |
|-----------|---|--|
| | 0 = No 1 = Sí | |
| | Licencia vigente; no suspendida ni revocada. | |
| | Si la respuesta es NO, continúe con la Pregunta E6. | |
| E5 | ¿Tiene un automóvil a su disposición? | |
| | 0 = No 1 = Sí Si la respuesta en E4 = NO, la respuesta de | |
| | E5 = No. No es necesario que el vehículo sea de su propiedad, sino que esté a su disposición de manera regular. | |
| | | |

| _E6 | ¿Cuánto duró su empleo de | |
|-----|--|------------|
| | tiempo completo más largo? Tiempo completo = + de 35 horas por semana; no significa necesariamente su empleo más reciente. | Años Meses |

| E 7 | ¿Ocupación usual (o última)? (Especificar) |
|------------|--|
| | |
| | |

¿Alguien contribuye la mayor parte de su **E9** sostén económico? 0 = No 1 = Sí

E10 ¿Patrón de empleo habitual en los últimos 3 años?

- 1. Tiempo completo (+ de 35 horas) 5. Servicio
- 2. Tiempo parcial (horario regular) 6. Jubilado/Discapacidad
- 3. Tiempo parcial (horario irregular) 7. Desempleado
- 4. Estudiante
- 8. En un entorno controlado La

respuesta debe representar la mayor parte de los últimos 3 años, no solo la selección más reciente. Si hay períodos iguales para más de una categoría, seleccione la que mejor representa su situación más actual.

| E11 | ¿Cuántos días recibió pago por trabajar en los | |
|-----|--|--|
| | últimos 30 días? Incluya el trabajo "en negro", licencia | |
| | por enfermedad paga y vacaciones. | |

Rating Scale: 0=Not at all 1= Slightly 2= Moderately 3= Considerably 4= Extremely

| | nto dinero recibió de las siguientes fuentes en los os 30 días? | 5 |
|--|---|-----------|
| E12 | ¿Empleo? \$ | |
| | Salario neto o "en mano"; incluya los pagos "en negro". | <u></u> |
| E13 | ¿Subsidio por desempleo? \$ | _ |
| E14 | ¿Bienestar social? | |
| | \$Incluya los cupones para alimentos y el din transporte pagado por una agencia para ir y regresar del tratamien | - |
| E15 | ¿Pensiones, beneficios o Seguro Social? | |
| | \$Incluya los beneficios por discapacidad, pens | siones, |
| | jubilación, beneficios para veteranos de guerra, SSI y seguros de accidente de trabajo. | |
| E16 | ¿Pareja, familiares o amigos? | |
| | \$Dinero para gastos personales (por ejemple | o, ropa); |
| | incluya fuentes no confiables de ingresos (por ejemplo, apuestas). | |
| | Registre solo los pagos en efectivo; incluya el dinero "caído del cie (inesperado), dinero de préstamos, apuestas, herencias, devolucic impuestos, etc.). | |
| E17 | ¿llegal? | |
| | \$ | |
| | Dinero en efectivo obtenido por el comercio de drogas, robos, cor objetos robados, apuestas, prostitución, etc. No convierta las drog cambiadas a su valor en dólares. | |
| E18 | ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de sus gastos de alimentos, vivienda, etc.? Deben depender regularmente del cliente; incluya pensiones alimentarias/manutención de niños; no se incluya a sí mismo ni a su cónyuge si se mantiene solo. | |
| | | |
| E19 | ¿Cuántos días tuvo problemas con su empleo | I |
| | en los últimos 30 días? Incluya la incapacidad de encontrar empleo, si buscó empleo activamente o los problemas con su empleo actual en virtud de los cuales el empleo está en peligro. | |
| Use la e | scala de calificación que antecede. | |
| E20 | ¿En qué medida lo molestaron estos | |
| | problemas de empleo en los últimos 30 días? No responda si estuvo encarcelado o detenido en los últimos | |
| | 30 días. | |
| Use la escala de calificación que enterede | | |
| Use la e | scala de calificación que antecede. ¿Qué importante es para usted obtener | |
| EZ1 | · | |
| | asesoramiento psicológico por estos | |
| | problemas laborales <u>ahora?</u> Las calificaciones de | |
| | las Preguntas E20 y E21 se refieren a la Pregunta E19. Ayuda para encontrar o prepararse para un empleo; no encontrar empleo. | |

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

Tipos de vías de administración: 1. Oral 2. Nasal 3. Fumar 4. Inyección no IV 5. IV Indique la vía <u>usual o más reciente</u>. Si hay más de una vía, elija la más grave. Las vías se enumeran de la menos grave a la más grave.

| | | Últimos 30 días | Toda la vida (años) | Vía de admin |
|-------|---|---|---------------------------|-----------------|
| D1 | Alcohol (cualquier consumo) | | | |
| D2 | Alcohol (hasta embriagarse) | | | |
| D3 | Heroína | | | |
| D4 | Metadona | | | |
| D5 | Otros opiáceos/analgésicos | | | |
| D6 | Barbitúricos | | | |
| D7 | Sedantes/hipnóticos/ | | | |
| | tranquilizantes | | | |
| D8 | Cocaína | | | |
| D9 | Anfetaminas | | | |
| D10 | Cannabis | | | |
| D11 | Alucinógenos | | | |
| D12 | Inhalables | | | |
| D12a | Nicotina | | | |
| D13 | Más de 1 sustancia por día | | | |
| | (incluido alcohol) | | | |
| D17 | ¿Cuántas veces tuvo DT por alc Delirium Tremens (DT): Ocurre 24 a 48 ho ultimo trago, o disminución importante de alcohol. Incluya temblores, desorientació alucinaciones que por lo general requiere | ras después el consumo d on grave, fieb n atención m | re, | |
| ¿Cuán | tas veces en la vida lo trataron | por | | |
| D19 | alcoholismo? | | | |
| D20 | drogodependencia? Incluya desintoxicación, hogares de transi psicológico como paciente internado o am (si asistió a + de 3 reuniones en un mes). | • | | |
| _ | tos de estos tratamientos fuer | on exclus | ivamente | 2 |
| • | lesintoxicación? | | | |
| D21 | ¿De alcohol? | | | |
| D22 | ¿De drogas? Si D19 = "00", la respuesta a la pregunta E Si D20 = "00", la respuesta a la pregunta E | | | |
| ¿Cuán | to dinero diría usted que gastó | | timos 30 | días |
| en | | | | |
| D23 | alcohol? \$ | | | |
| D24 | drogas? | | | |
| | SIncluya solo el dine gastó. ¿Cuál es la carga financiera de las c | | | |
| | ¿Cuántos días fue tratado com | o pacient | e | |
| | ambulatorio por alcoholismo c |) | | |
| | drogodependencia en los últin Incluya AA/NA | nos 30 día | as? | |

| Use la e | Use la escala de calificación que antecede. | |
|----------|--|--|
| En los | En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido | |
| D26 | problemas con el alcohol? | |
| | ¿En qué medida lo molestaron estos problemas | |
| | en los últimos 30 días? | |
| D28 | ¿Qué importancia tiene para usted el | |
| | tratamiento de estos problemas ahora? | |
| En los | últimos 30 días, ¿cuántos días ha tenido | |
| D27 | problemas con las drogas? | |
| | Incluya únicamente: ganas de consumirlas, síntomas de | |
| | abstinencia, efectos perturbadores del consumo o querer interrumpir el consumo y no poder hacerlo. | |
| | ¿En qué medida lo molestaron estos problemas | |
| | en los últimos 30 días? | |
| D29 | ¿Qué importancia tiene para usted el | |
| | tratamiento de estos problemas ahora? | |

CONDICIÓN LEGAL

| L1 | ¿Esta admisión fue ordenada o recomendada por el sistema de justicia penal? Juez, funcionario de probation/de libertad bajo palabra, etc. | |
|----|---|--|
| | 0 = No 1 = Sí | |

| L2 | ¿Está usted en libertad bajo palabra o | |
|----|--|--|
| | probation? Indique la duración y el nivel en los | |
| | comentarios. | |
| | 0 = No 1 = Sí | |

¿Cuántas veces en la vida lo arrestaron y acusaron de lo siguiente...

Incluya la cantidad total de acusaciones, no solo las condenas. No incluya los delitos juveniles (antes de los 18 años de edad), a menos que se los hayan imputado siendo adulto. Incluya solo las acusaciones formales. No incluya los delitos menores de las preguntas L18-20 que siguen.

Las condenas incluyen multas, probation, encarcelamientos, sentencias en suspenso y las declaraciones de culpa.

| L3 | hurto/vandalismo |
|-----|--|
| L4 | libertad bajo palabra/probation |
| L5 | acusaciones relacionadas con drogas |
| L6 | falsificación |
| L7 | delitos relacionados con armas |
| L8 | asalto/latrocinio/irrupción en propiedad |
| | privada |
| L9 | robo a mano armada |
| L10 | agresiones |
| L11 | incendio intencional |
| L12 | violación |
| L13 | homicidio/Asesinato |
| L14 | prostitución |
| L15 | desacato al tribunal |
| L16 | otro |

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente</u> <u>4 = Extremadamente</u>

| L17 | ¿Cuántas de estas acusaciones dieron lugar a | |
|-----|---|--|
| | condenas? | |
| | Si L3-16 = 00, la respuesta a la pregunta L17 = "NN". | |

| _ | ¿Cuántas veces en la vida lo arrestaron y acusaron de lo siguiente | |
|-----|--|--|
| L18 | mala conducta, vagancia, ebriedad en | |
| | público? | |
| L19 | conducir bajo los efectos de drogas o | |
| | alcohol? | |
| L20 | infracciones mayores mientras conducía? | |
| | Infracciones de tránsito: exceder el límite de velocidad, conducir de manera negligente, no tener licencia, etc. | |

| ¿Cuántos meses estuvo encarcelado en su vida? | | |
|---|---|--|
| L21 | Si estuvo encarcelado durante 2 o más semanas, redondéelo a | |
| | 1 mes. Indique la cantidad total de meses que estuvo en | |
| | prisión. | |

| L24 | ¿Actualmente está esperando una acusación, un juicio o una sentencia? 0 = No 1 = Sí | |
|-----|--|--|
| L25 | ¿Por qué motivo? Use el número del tipo de delito que cometió: L3-16 y L18-20 Se refiere a la Pregunta L24. Si son más de uno, elija el más grave. No incluya los juicios civiles, a menos que impliquen un delito penal. | |

| L26 | ¿Cuántos días de los últimos 30 días estuvo | |
|-----|--|--|
| | detenido o en prisión? Incluya ser arrestado y | |
| | liberado el mismo día. | |

| L27 | En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha | |
|-----|--|---|
| | participado en actividades ilegales por | 1 |
| | dinero? | 1 |
| | Excluya la posesión simple de drogas. Incluya comercio de drogas, prostitución, vender objetos robados, etc. Puede ser controlado con la Pregunta E17 en la Sección de Empleo/Sostén económico. | |

Escala de calificación:

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente 4 = Extremadamente</u>

| Use la e | a escala de calificación que antecede. | |
|----------|---|--|
| L28 | ¿Qué graves considera usted sus problemas | |
| | legales actuales? Excluya los problemas con la justicia civil. | |
| L29 | ¿Qué importancia tiene para usted el asesoramiento psicológico o una derivación por estos problemas legales <u>ahora?</u> Debe calificar la necesidad de una derivación <i>adicional</i> de | |
| | asesoramiento legal para su defensa contra acusaciones penales. | |

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente</u> <u>4 = Extremadamente</u>

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

| F1 | Estado civil: | | | |
|----|--|-------------------|--------------------------|--|
| | 1. Casado | 3. Viudo | 5. Divorciado | |
| | 2. Nuevas nupcias | 4. Separado | 6. Nunca se casó | |
| | Convivencia de hecho | = 1 Especificar e | n los comentarios. | |
| F3 | ¿Está satisfecho con esta situación? | | | |
| | 0 = No 1 = Indiferente 2 = Sí | | | |
| | Satisfecho = en térmi refiere a la Pregunta | | gusta esta situación. Se | |

| F4 | Arreglos de vivienda habituales (últimos 3 años): 1. Con la pareja sexual y los hijos 2. Solo con la pareja sexual 3. Solo con los hijos 4. Con los padres 5. Con la familia 6. Con amigos 7. Solo 8. Entorno controlado 9. Sin arreglos estables Elija los arreglos que sean más representativos de los últimos 3 años. Si hay una distribución uniforme entre estos arreglos, elija el más reciente. | |
|----|---|--|
| | umorme entre estos arregios, enja er mas reciente. | |
| F6 | ¿Está satisfecho con estos arreglos? | |
| | 0 = No 1 = Indiferente 2 = Sí | |

| ۷ive | ¿Vive con alguien que | | |
|------|---|--|--|
| F7 | tenga un problema actual con el alcohol? | | |
| | 0 = No 1 = Sí | | |
| F8 | consuma drogas no recetadas? 0 = No 1 = Sí | | |

| F9 | ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? | | |
|-----|---|--|--|
| | 1 = Familia 2 = Amigos 3 = Solo Si considera | | |
| | que su novio/novia es parte de su familia, refiérase a ellos como familia en toda esta sección, no como amigos. | | |
| F10 | ¿Está satisfecho con pasar su tiempo libre de | | |
| | este modo? | | |
| | 0 = No 1 = Indiferente 2 = Sí | | |
| | Responder que está satisfecho indica que por lo general le gusta esta situación. Se refiere a la Pregunta F9. | | |

| ¿Ha tenido períodos importantes en los que tuvo problemas graves para relacionarse con "Problemas graves" son los que pusieron en peligro la relación. Un "problema" requiere un contacto de algún tipo, por teléfono o en persona. | | | | |
|---|--|--------------------|-----------------|--|
| 0 = No | 1 = Sí | Últimos 30 días | Toda la vida | |
| F18 | su madre? | | | |
| F19 | su padre? | | | |
| F20 | sus hermanos? | | | |
| F21 | su pareja sexual/cónyuge? | | | |
| F22 | sus hijos? | | | |
| F23 | otros familiares importantes? (Especificar en los comentarios) | | | |
| F24 | sus amigos íntimos? | | | |
| F25 | sus vecinos? | | | |
| F26 | sus compañeros de trabajo? | | | |

| ¿Alguien abusó de usted? | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---------|---------|--|--|
| | | Últimos | Toda la | | |
| | | 30 días | vida | | |
| F28 | ¿Físicamente? 0 = No 1 = Sí | | | | |
| | Le causaron daño físico. | | | | |
| F29 | ¿Sexualmente? 0 = No 1 = Sí | | | | |
| | Propuestas/actos sexuales forzados. | | | | |

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente</u> <u>4 = Extremadamente</u>

| F30 | En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha | | | |
|-----|--|--|--|--|
| | tenido conflictos graves con su familia? | | | |
| F32 | ¿En qué medida lo molestaron estos | | | |
| | problemas familiares en los últimos 30 días? | | | |
| | Use la escala de calificación que antecede. | | | |
| F34 | ¿Qué importancia tiene para usted el | | | |
| | tratamiento o el asesoramiento psicológico | | | |
| | para estos problemas familiares <u>ahora?</u> Califique | | | |
| | <u>su</u> necesidad de asesoramiento psicológico para los problemas | | | |
| | familiares, no si la familia estaría dispuesta a asistir. Use la escala de calificación que antecede. | | | |
| F31 | En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha | | | |
| | tenido conflictos graves con otras | | | |
| | personas?(excluida su familia) | | | |
| F33 | ¿En qué medida lo molestaron estos | | | |
| | problemas sociales en los últimos 30 días? | | | |
| | Use la escala de calificación que antecede. | | | |
| F35 | ¿Qué importancia tiene para usted el | | | |
| | tratamiento o el asesoramiento psicológico | | | |
| | para estos problemas sociales ahora? Incluya la | | | |
| | necesidad de buscar tratamiento de problemas sociales como | | | |
| | la soledad, la incapacidad de socializar, y la insatisfacción con sus amigos. Su calificación debe referirse a la insatisfacción, | | | |
| | los conflictos u otros problemas graves. Use la escala de | | | |
| | calificación que antecede. | | | |

ESTADO PSIQUIÁTRICO

COMENTARIOS

(Incluya el número de pregunta en sus notas)

| ¿Cuántas veces lo han tratado por problemas psicológicos o emocionales | | |
|--|---|--|
| P1 | en un hospital o internado? | |
| P2 | como paciente ambulatorio/privado? No incluya el consumo de sustancias, el asesoramiento para el empleo o familiar. Episodio de tratamiento = serie de consultas o días de tratamiento más o menos continuados, no cantidad de consultas o días de tratamiento. Si lo conoce, indique el diagnóstico en los comentarios. | |

| Р3 | ¿Recibe una pensión por discapacidad | |
|----|--------------------------------------|--|
| | psiquiátrica? | |
| | 0 = No 1 = Sí | |

¿Ha tenido un período importante de tiempo, no resultado directo del alcoholismo o la drogodependencia, durante el cual

| cual | | | |
|--------|--|--------------------|-----------------|
| 0 = No | 1 = Sí | Últimos 30 días | Toda la vida |
| P4 | tuvo depresión grave, tristeza, desesperación, pérdida de interés, dificultad con el funcionamiento diario? | | |
| P5 | ansiedad/tensión grave, estuvo tenso, irrazonablemente preocupado, incapaz de relajarse? | | |
| P6 | alucinaciones: vio cosas o escuchó voces que no existían? | | |
| P7 | problemas para comprender, concentrarse, recordar? | | |

| | Para las preguntas P8-10, es posible que haya estado bajo | | | | |
|---------|---|---------|------|--|--|
| los ete | los efectos del alcohol o las drogas. | | | | |
| 0 = No | 0 = No 1 = Sí Últimos Toda la | | | | |
| | | 30 días | vida | | |
| P8 | problemas para controlar las | | | | |
| | conductas violentas, incluidos | | | | |
| | episodios de ira o violencia? | | | | |
| Р9 | tuvo pensamientos suicidas | | | | |
| | intensos? Pensó seriamente en un plan | | | | |
| | para quitarse la vida. | | | | |
| | | | | | |
| P10 | intentos de suicidio? Incluya | | | | |
| | los gestos o los intentos suicidas | | | | |
| | efectivos. | | | | |
| P11 | le recetaron medicamentos para | | | | |
| | problemas psicológicos o | | | | |
| | emocionales? Recetados por un médico. | | | | |
| | Indique "Sí" si le recetaron el medicamento, | | | | |
| | aunque no lo haya tomado. | | | | |
| | | | | | |

<u>0 = Para nada</u> <u>1 = Levemente</u> <u>2 = Moderadamente</u> <u>3 = Considerablemente</u> <u>4 = Extremadamente</u>

| P12 | En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha | | |
|-----|--|--|--|
| | tenido estos problemas psicológicos o | | |
| | emocionales? Se refiere a los problemas indicados en las | | |
| | preguntas P4-P10. | | |

| Use la escala de calificación que antecede. | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| P13 | ¿En qué medida lo molestaron estos | | | | | |
| | problemas psicológicos o emocionales en los | | | | | |
| | últimos 30 días? | | | | | |
| | Refiérase a la pregunta P12. | | | | | |
| P14 | ¿Qué importancia tiene para usted el | | | | | |
| | tratamiento de estos problemas psicológicos | | | | | |
| | o emocionales <u>ahora?</u> | | | | | |