

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.

Client ID: _____



#150 / Consent to Treatment / Legal

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 incapacidad. 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.

POLÍTICA DE HONORARIOS/FACTURACIÓN

Muchas gracias por elegir a 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 DEBIDOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO. ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y LAS PRINCIPALES TARJETAS DE CRÉDITO.

- Yo intento que la responsabilidad para pago de servicios para mí y mis dependes es mía; el pago es requerido al tiempo de servicio, en excepción de un acuerdo financiero.
- Como cortesía, cuando presente su tarjeta de seguro vigente y válido, 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 que servicios son cubiertos por su compañía de seguros. Usted entiende que si la compañía de seguros no cubre ciertos servicios usted **puede** ser responsable por los costos de los servicios no cubiertos.
- Asistencia financiera está disponible para clientes calificados que están en los Estados Unidos legalmente and que presenten documentación de ingreso, dependes, y su dirección de domicilio. Una lista de documentos apropiados están disponibles a pedido.
- 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 el caso que su compañía de seguro cambie y no estamos en su proveedores aprobados, usted es responsable por el pago completo en el momento de servicio.
- La red Allhealth está autorizado para receiver pago directamente de su compañía de seguro.
- 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.
- Nos reservamos el derecho de agregar el 25% a la cantidad total impaga, si su cuenta debe enviarse a una agencia de cobros independiente. Usted entiende que es responsable por todos los costos de colección incluyendo costos legales, 30% de los costos de recolección, y costos adicionales de la corte.
- Anualmente debe revisar esta política financiera y completar un formulario de admisión financiera

Consentimiento

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 pérdidas 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

Firma del cliente

Fecha

Representante de ALLHEALTH NETWORK

Fecha

Client ID: _____



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

N.º de ID del cliente ____	Apellido del cliente _____	Nombre de pila _____	Media Inicial ____	Fecha de nacimiento del cliente ____/____/____
N.º de Seguro Social del cliente: ____	____		Fecha de vigencia de la póliza: ____/____/____	

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE por el CLIENTE

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 responsable		Primer Nombre		____	____
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		Primer Nombre		SSN del titular de póliza ____-____-____
Nombre de la compañía de seguros				Fecha de nacimiento del titular de póliza ____/____/____
Empleador del titular de póliza				N.º de teléfono de la compañía de seguros ____-____-____
N.º de póliza	N.º 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		Primer Nombre		Media Inicial ____	SSN del titular de póliza ____-____-____
Nombre de la compañía de seguros				Fecha de nacimiento del titular de póliza ____/____/____	
Empleador del titular de póliza				N.º de teléfono de la compañía de seguros: ____-____-____	
N.º de póliza	N.º de grupo	Tipo de seguro: (Marcar con un círculo) I = individual F = familiar O = otro			

To Be Completed by Allhealth Network

Ingreso bruto anual	DOCUMENTACIÓN SOBRE LAS TARIFAS ESCALONADAS		
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 AllHealth 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 Allhealth Network de toda responsabilidad relacionada con dicha divulgación de información.

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

Firma del cliente

Fecha

Representante de ALLHEALTH NETWORK

Fecha

Client ID: _____



CONSENTIMIENTO CONJUNTO DE DECISIONES MEDICAS-HACER AUTORIDAD

Nino (a) menor o pabellon de adultos

____/____/_____
Fecha De Nacimiento

I.D # Del Cliente

El responsable de la toma de decisiones medicas declara y atestiga que ellos pueden consentir legalmente a decisiones medicas, salud mental o tratamiento de uso de substancias para el listado arriba que es menor de edad/pabellon de adulto si se concidera necesario; aconsejable y apropiado(a) de AllHealth Network y sus empleados, terapeutas, contratadores, etc. Yo doy consentimiento bajo la siguiente autoridad:

- ☐ Nunca legalmente casado(a): Enumerar el nombre de ambos padres
- _____
- Nombre completo 1/relacion _____ Nombre completo 2/relacion _____
- ☐ Legalmente casado(a): Enumerar el nombre de ambos padres
- _____
- Nombre completo 1/relacion _____ Nombre completo 2/relacion _____
- ☐ Legalmente divorciado(a) o separado(a) con ordines de custodia del systema judicial:
- Yo (nombre compolto/relacion) _____ declaro y doy fe que yo tengo decision medica exclusive para hacer autoridades para el listado nombrado debajo.
- **Nombre de orta padre:** _____
- (Tener la capacidad de tomar decisions medicas no significa que el otro padre no tenga derecho a acceder a la informaction, a menos que una orden judicial anule la decision)
- La toma decisions medica ed compartida:
- _____
- Nombre completo 1/relacion _____ Nombre completo 2/relacion _____
- ☐ Tutor legal designato por un tercero por el tribunal
- _____
- Nombre Completo 1/relacion _____ Nombre Completo 2/relacion _____
- ☐ El mismo menor que tiene por lo menos 12 anos de edad y desea dar su consentimiento para los servicios
- Nota: A menos que busque servicios de uso de sustancias, esto requerirá la aprobación clínica antes de comenzar los servicios.
- ☐ Departamento de Recursos Humanos
- Especificar representante y condado: _____
- **Solo para ser utilizado por DHS:** Tamabièn autorizo (Nombre/Relaciòn) _____ para firmar todos y cada unos de los papeles necesarios para el tratamiento del menor/Sala de adultos ward listados arriba

Soy conciente de que en en la (Fecha)_____, la cita para el hijo(a) menor/Guardian adulto Listado encima esta programado por el propocito de una evaluacion de **Salud Mental/o de sustancias** por AllHealth Network. Tambien soy conciente despues de esta evaluacion, Puede ser necesario, aconsejable y apropiado que el hijo (a) menor /Guardian adulto recibe tratamiento de AllHealth Network. Sin la generalidad de lo que el "tratamiento" puede implicar, Entiendo que puede implicar terapia individual y familiar, En grupo, psico-educacion, creacion de habilidades, el servicio de emergencias, orientacion, coordinacion del cuidado, el medicamento o una combinacion de una o mas de estas cosas.

LOS PADRES O LOS GUARDIANES LEGALES CON AUTORIDAD PARA TOMAR DECISIONES FIRMAN LO SIGUIENTE:

Firma del Padre/I Guardian Legal/Representante de Recursos Humanos

____/____/_____
Date

Firma del Padre/I Guardian Legal/Representante de Recursos Humanos

____/____/_____
Date

Firma del personal de AllHealth Network que reviso la informacion

____/____/_____
Date

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 comunice 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 que 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** ¿Tiene 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.

Mediante mis iniciales al pie, reconozco que me han entregado/ofrecido una copia de lo siguiente:

- _____ Información de quejas de AllHealth Network y copias de todos los documentos firmados
- _____ Contrato de tratamiento, consentimiento y acuse de recibo
- _____ Declaración de derechos de privacidad, incluida la Confidencialidad de la drogodependencia y el alcoholism
- _____ Información financiera del cliente y política financier

Firma del cliente/tutor

Fecha de nacimiento del cliente

Nombre en letras de imprenta

Fecha de la firma

Witness of AllHealth Network

Date

Client ID: _____

Formulario Demográficos- Las Sigüientes preguntas se refieren a varias cosas, incluyendo la raza, la etnia y la identidad de género. Al responder estas preguntas, ayudara a AllHealth Network a brindarle un mejor servicio. Sus respuestas nos permitirán brindar programas y servicios más personalizados para garantizar que todos los clientes reciban la mejor atención posible al satisfacer las diversas necesidades de nuestra comunidad. Sus respuestas se mantendrán confidenciales. Favor de responder lo mejor que pueda.

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____		
<u>¿Cuáles son sus pronombres?</u> (Seleccione una opción) ☐ Él/Él/Suyo ☐ Ella/Su/Sus ☐ Él/Ella/Ellos/Ellas ☐ Ellos/Ellas/Los Suyos ☐ Ella/Ellas/Ellos ☐ Prefiero no responder	<u>¿Cuál es su orientación sexual?</u> (Seleccione una opción) ☐ Heterosexual ☐ Gays/Lesbianas ☐ Bisexual ☐ Queer ☐ Asexual ☐ Pansexual ☐ Prefiero no responder	<u>¿Cuál es su sexo asignado al nacer?</u> ☐ Mujer ☐ Hombre <u>¿Cómo describe su género?</u> (favor de escoger uno) ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Nobinario, género queer ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Prefiero no responder
<u>Arreglo de vivienda</u> (seleccione las que correspondan): ☐ Solo (a) ☐ Con madre ☐ Con padre ☐ Con hermanos (as) ☐ Con tutor (a) ☐ Con parientes ☐ Con pareja/otro significativo ☐ Con cónyuge ☐ Con niños ☐ Con persona no relacionada (s) ☐ Padre adoptivo (s)	<u>Estado Civil:</u> (Favor de escoger una) ☐ Nunca Casado ☐ Casado (a) ☐ Casado separado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)	<u>Lugar de residencia:</u> (favor de escoger uno) ☐ Independiente (solo o con familia) ☐ Residencial/ grupo de tratamiento ☐ Hospitalizado ☐ Sin hogar ☐ Asilo de ancianos ☐ Hogar de asistencia ☐ Casa de medio camino ☐ ATU (solo para adultos) ☐ Hogar de vida sobria ☐ Pensión (adulto) ☐ Hogar de grupo (solo adultos) ☐ Hogar de acogida (jóvenes) ☐ Otro centro residencial ☐ Centro residencial (adulto) ☐ Centro correccional
<u>Contacto de emergencia</u> Nombre: _____ Relación: _____ Numero: _____		
<u>Miembros de la familia en el hogar:</u> Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

Client ID: _____



<u>Función principal actual:</u> (favor de escoger uno, tenga en cuenta que estas son categorías designadas por el estado) ☐ Empleado (tiempo completo 35+ horas/semana) ☐ Empleado (tiempo parcial ≤ 35 horas/semana) ☐ Desempleado ☐ Militar ☐ Jubilado ☐ Empleo con apoyo ☐ Estudiante (se aplica solo a los 0-18 años) ☐ Voluntario ☐ Ama De Casa ☐ Discapacitado ☐ Preso		<u>Discapacidades:</u> (Elija todos lo que aplican) ☐ Ninguno ☐ Sordo/Pérdida auditiva severa ☐ Ciego/perdida severa de visión ☐ Lesión cerebral traumática ☐ Problemas de aprendizaje ☐ Discapacidad de desarrollo	
<u>Ingreso familiar anual:</u> \$ _____ Número de personas sustentadas por este ingreso: _____ Número de hijos dependientes sostenidos por ingresos: _____		<u>¿El cliente recibió beneficios por incapacidad?:</u> (Elija uno) ☐ SI, SSDI ☐ SI, SSI ☐ Ninguno	
<u>¿El cliente tiene antecedentes de trauma?</u> ☐ Si ☐ No ☐ In Seguro			
<u>Estado educativo:</u> (seleccione la opción completada más reciente) ☐ Pre-Kínder ☐ Kínder ☐ Grado 1 ☐ Grado 2 ☐ Grado 3 ☐ Grado 4 ☐ Grado 5 ☐ Grado 6 ☐ Grado 7 ☐ Grado 8 ☐ Grado 9 ☐ Grado 10 ☐ Grado 11 ☐ Grado 12 o GED ☐ Algo de universidad ☐ Título universitario ☐ Maestría ☐ Doctorado		<u>Uso de tabaco:</u> (favor de elegir uno) ☐ Fumador actual/usuario de tabaco- Diario ☐ Fumador actual/ usuario de tabaco- Periódicamente ☐ Exfumador/ usuario de tabaco ☐ Nunca fumador/ usuario de tabaco ☐ Se desconoce si alguna vez fumo o uso tabaco	
<u>Información de la escuela si actualmente está en la escuela:</u> Nombre de escuela: _____ Dirección de escuela: _____			
<u>Historial de servicios de salud mental:</u> (Elige todo los que corresponda) ☐ Paciente Interno Número de días Interno: _____ ☐ Paciente externo ☐ Otro centro-cuidado de 24 horas ☐ Cuidado parcial ☐ Ninguno		<u>Díganos que cree que contribuyo a presentar el problema:</u> (seleccione todos los que correspondan) ☐ Antecedentes/ relación de padres/familiares ☐ Discriminacion (cualquier forma) ☐ Genética ☐ Aislamiento/desconexión ☐ Trauma ☐ Consumo de sustancias ☐ Espiritualidad/Religión ☐ Abuso físico, emocional y/o intimidación ☐ Empleo ☐ Luchas financieras ☐ Relación/pareja romántica ☐ Escuela ☐ Enfermedad física crónica ☐ Participación legal/ departamento de servicios humanos ☐ Otro: _____	
<u>Presencia de problema de salud mental:</u> (favor elige uno) ☐ Mas de 1 año ☐ Un año o menos		<u>¿El cliente es un veterano?</u> ☐ Si ☐ No	
		<u>Numero de arrestos en los últimos 30 días:</u> _____	

Client ID: _____



¿Cuál es tu raza o etnia? (seleccione todos los que correspondan E ingrese detalles adicionales en el espacio a continuación)

☐ Negarse a proporcionar información

☐ Blanco

☐ Alemán ☐ Irlandés ☐ Inglés ☐ Italiano ☐ Polaco ☐ Francés ☐ Otros: _____

☐ Negarse a proporcionar detalles adicionales

☐ Hispano o latino

☐ Mexicano o Mexicano-Americano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Salvadoreño ☐ Dominicano ☐ Colombiano

☐ Otros: _____ ☐ Declinar proporcionar detalles adicionales

☐ Negro o afroamericano

☐ Afroamericano ☐ , jamaicano, ☐ haitiano, ☐ nigeriano ☐ , etíope, ☐ somalí

☐ Otros: _____ ☐ Declinar proporcionar detalles adicionales

☐ Asiático

☐ Chino ☐ , Filipino ☐ , Asiático, Indio, Vietnamita ☐ , Coreano ☐ , ☐ Japonés

☐ Otros: _____ ☐ Declinar proporcionar detalles adicionales

☐ Indio americano o nativo de Alaska

☐ Entra, por ejemplo, la Nación Navajo, la Tribu de los Pies Negros, los Aztecas Mayas, etc.:

☐ Negarse a proporcionar detalles adicionales

☐ Oriente Medio o Norte de África

☐ Libanés ☐ Iraní ☐ Egipcio ☐ Sirio ☐ Marroquí ☐ Israelí

☐ Otros: _____ ☐ Declinar proporcionar detalles adicionales

☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

☐ Nativo de Hawái, ☐ Samoano, ☐ Chamorro, ☐ Tonga ☐ , Fiyiano ☐ , Marshallés

☐ Otros: _____ ☐ Declinar proporcionar detalles adicionales

Client ID: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Completar si tiene entre 11 y 17 años de edad		PHQ-A		
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas? (Usar "✓" para indicar su respuesta)	No todo el tiempo	Varios Dias	Mas de la Mitad de un Dia	Casi Todos los Dias
1. ¿Te sientes deprimido, deprimido, irritable o sin esperanza?				
2. ¿Poco interés o placer en hacer las cosas ?				
3. ¿Problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido o dormir demasiado?				
4. ¿Falta de apetito, pérdida de peso o comer en exceso?				
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
6. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
7. ¿Tiene problemas para concentrarse en cosas como el trabajo escolar, leer o ver televisión?				
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberse dado cuenta? ¿O todo lo contrario, estar tan inquieto o inquieto que te movías mucho más de lo habitual?				
9. ¿Piensas que estarías mejor muerto o lastimándote de alguna manera?				
10. Si está experimentando alguno de los problemas en este formulario, ¿qué tan difíciles han sido estos problemas para usted hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es tan Difícil	Algo Difícil	Bien Difícil	Extremadamente Difícil

Client ID: _____



11. En el último año te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si te sentiste bien a veces?

☐ Si ☐ No

12. ¿Ha habido un tiempo en el mes pasado cuando usted ha tenido serios pensamientos acerca de poner fin a su vida?

☐ Si ☐ No

13. ¿Alguna vez, en toda tu vida, has intentado suicidarte o has hecho un intento de suicidio?

☐ Si ☐ No

If completa 11 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)				
	De nada	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

Client ID: _____



Cuestionario de Determinantes Sociales de la Salud

Nos gustaría tener una mejor comprensión de las necesidades ambientales que pueden estar afectando negativamente su salud mental. Responda a las preguntas a continuación con respecto al cliente que atenderemos y su médico puede discutir los recursos apropiados, si es necesario.

1. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comiste menos de lo que sentías que debías porque no había suficiente dinero para comer? ☐ Sí ☐ No
2. ¿En los últimos 12 meses has necesitado comprar ropa pero no has podido? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Le preocupa que en los próximos 2 meses no tenga una vivienda estable?
☐ Sí ☐ No
4. ¿Tiene algún problema de salud física para el que no está recibiendo la atención adecuada?
☐ Sí ☐ No

Client ID: _____

Intercambio de Información de Salud Social de Colorado (CoSHIE) AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**1. Mi información**

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del nro. de seguro social: _____

Teléfono: _____ Preferencia de género: _____

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

2. Acuerdo

Al firmar este formulario acepto compartir la información que aparece a continuación a través del sistema CoSHIE. Entiendo que CoSHIE compartirá mi información con organizaciones de confianza, incluidos coordinadores de atención, para ayudarme a obtener recursos de apoyo social como asistencia con alimentos, vivienda, atención médica o transporte.

3. Información que se comparte

- Nombre y apellido:
- Información de contacto (como teléfono y dirección postal)
- Información de apoyo social (como la que puede ayudar con el acceso a alimentos, vivienda, transporte y necesidades similares)

4. Agradecimientos**Fecha de vencimiento**

Entiendo que mi información se compartirá con CoSHIE hasta que yo decida que ya no se comparta.

Revocación de consentimiento

Entiendo que puedo dejar de compartir mi información a través de CoSHIE en cualquier momento, pero debo informarle a CoSHIE a través de <http://CoSHIE.Colorado.gov>.

Si dejo de compartir mi información a través de CoSHIE, entiendo que se dejará de compartir mi información existente y nueva con cualquier organización que me ayude obtener recursos de apoyo social.

Copias

Entiendo que se pueden utilizar copias de este formulario en lugar del original y que la información cubierta por esta autorización se puede comunicar electrónicamente o por fax.

- Declaro que me dieron una copia de este formulario y de la hoja de preguntas frecuentes de CoSHIE (pagina siguiente)

Iniciales: _____

- Doy permiso para recibir correos electrónicos, mensajes de texto o llamadas sobre mi participación en el Programa CoSHIE de acuerdo con su [Aviso de privacidad](#). Entiendo que no estoy obligado a aceptar estos mensajes como condición para recibir ninguna propiedad, bien o servicio. Entiendo que puede haber tarifas de mensajes de texto y datos, que la frecuencia de los mensajes puede variar.

Iniciales: _____

Firmas- Si no consiente compartir información, déjelo en blanco.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor (si corresponde): _____ Fecha: _____

Relación con la persona (si procede): _____

Legal/consent

Preguntas frecuentes sobre CoSHIE

¿Qué es CosHie?

CosHie es un sistema estatal gratuito que le entrega su información a socios confiables que pueden ayudarlo con alimentos, vivienda, transporte y necesidades similares.

¿Cómo se utilizará mi información?

Su información solo se usa para ayudarlo a obtener los servicios que usted desea. Por ejemplo, si necesita ayuda con la vivienda o con el transporte para ir a sus citas, los socios de CoShie pueden usar su información para ayudarlo a obtener esos apoyos. CosHie no guarda su información. Solo se asegura de que esta llegue a las personas adecuadas que lo pueden ayudar.

¿Qué es lo que obtengo?

Con CosHie, su información trabaja para usted. No tiene que seguir contando su historia una y otra vez: su equipo de atención médica ya sabe lo que usted necesita. Esto significa menos papeleo, menos preguntas repetidas y acceso más rápido a la asistencia. [Registrarse](#) es fácil y gratis, y ayuda a desbloquear recursos y servicios que le pueden hacer la vida diaria un poco más fácil.

¿Qué pasa si cambio de opinión después de registrarme?

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. CoShie dejará de usar su información a partir del momento en que usted decida. Toda la información que ya se haya compartido permanecerá en las organizaciones que la recibieron, pero no se enviará nada nuevo. Si después quiere volver a participar, vuelva a registrarte. Siempre es su decisión, y siempre es gratis y fácil. [Haga clic en este enlace si quiere dejar de compartir su información.](#)

¿Qué pasa si elijo no inscribirme?

No pasa nada, su atención continuará igual. Usted seguirá consultando a sus proveedores y recibiendo ayuda. La diferencia es que tal vez su equipo de atención médica tarde más en conectarlo con servicios adicionales y que tenga que repetir su historia con más frecuencia. Si cambia de opinión más adelante, puede registrarse en cualquier momento. Inscribirse es gratis y fácil. [Haga clic en este enlace si quiere registrarse.](#)

¿Mi información está segura?

Sí, su información está segura. CoShie solo la comparte con socios de confianza que deben usar su información para ayudarlo, para nada más. Piense en CoShie como un cartero: entrega su información en el lugar correcto y no guarda una copia. Su información permanece en el sistema solo durante un breve período de tiempo y está protegida con medidas de seguridad sólidas para mantener su privacidad.

¿Quién dirige CosHie?

Los administradores de CoShie son el [Departamento de Políticas y Financiamiento de Salud de Colorado \(HCPF\)](#), que administra Health First Colorado, y la [Oficina de Innovación en Salud Electrónica de Colorado \(OeHI\)](#). Este sistema recibe apoyo de fondos del Gobierno para ayudar a los habitantes de Colorado. Visite el [sitio web de la OeHI](#) para más información.

¿A quién puedo contactar para obtener más información?

Si tiene preguntas, comuníquese con el servicio de atención al cliente de CoShie.

Client ID: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

A muchas personas les suceden acontecimientos estresantes o aterradores. A continuación se muestra una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces suceden. Marca Sí si te ha pasado. Marque No si no le sucedió a usted.

1. Desastre natural grave como una inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio.	☐ Sí	☐ No
2. Accidente o lesión grave como un accidente automovilístico / bicicleta, mordedura de perro o lesión deportiva.	☐ Sí	☐ No
3. Amenazado, golpeado o gravemente herido dentro de la familia.	☐ Sí	☐ No
4. Amenazado, golpeado o herido gravemente en la escuela o en la comunidad.	☐ Sí	☐ No
5. Atacado, apuñalado, baleado o robado por amenaza.	☐ Sí	☐ No
6. Ver a alguien de la familia amenazado, golpeado o gravemente herido.	☐ Sí	☐ No
7. Ver a alguien en la escuela o en la comunidad amenazado, golpeado o gravemente herido.	☐ Sí	☐ No
8. Alguien que te hace cosas sexuales o te obliga a hacer cosas sexuales cuando no podías decir que no. O cuando te obligaron o presionaron.	☐ Sí	☐ No
9. En línea o en las redes sociales, alguien que te pide o te presiona para que hagas algo sexual. Como tomar o enviar fotografías.	☐ Sí	☐ No
10. Alguien te intimida en persona. Decir cosas muy malas que asustan.	☐ Sí	☐ No
11. Alguien te acosa en línea. Decir cosas muy malas que te asustan.	☐ Sí	☐ No
12. Alguien cercano a ti que muere repentina o violentamente.	☐ Sí	☐ No
13. Procedimiento médico estresante o aterrador.	☐ Sí	☐ No
14. Estar cerca de la guerra.	☐ Sí	☐ No
15. ¿Otro evento estresante o aterrador?	☐ Sí	☐ No

Describe: _____

Desarrollado por el Prof. Lutz Goldbeck (Ph.D.) y la Prof. Lucy Berliner (Ph.D.), el cuestionario Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) es un instrumento de detección breve y de libre acceso basado en los criterios del DSM-5 para enfermedades postraumáticas. Trastorno de estrés (TEPT). No hay derechos de autor ni derechos de licencia asociados con la evaluación.

Client ID: _____



Información médica del cliente

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Responda las siguientes preguntas relacionadas con su salud:

- ¿Cuándo fue su último examen físico anual?
 - ☐ ☐ Nunca ☐ 0-12 Meses ☐ 1-5 años ☐ 5+ años ☐ Desconocido
- ¿Cuándo fue su última cita con el dentista?
 - ☐ ☐ Nunca ☐ 0-12 Meses ☐ 1-5 años ☐ 5+ años ☐ Desconocido
- ¿Usa una prótesis auditiva? ☐ Sí ☐ No
- ¿Usas anteojos o lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No
- ¿Están sus vacunas al día? ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido
- ¿Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

2. Haga una lista de todos los medicamentos de venta libre recetados o de uso frecuente:

	Nombre	Dosis	Frecuencia	Prescriptor
1.	_____			
2.	_____			
3.	_____			
4.	_____			
5.	_____			
6.	_____			
7.	_____			
8.	_____			

3. Información del proveedor:

Nombre del médico de atención primaria/agencia: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de la farmacia: _____

Firma del cliente o padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Client ID: _____



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.)

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.

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.

Client ID: _____



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
- Administración de salud mental en el 303-866-7400 o 710 S. Ash St. Suite C140, Denver, CO 80243.
- 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

AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD MENTAL, Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE. Durante el proceso de prestación de servicios, AllHealth Network obtendrá, registrará y utilizará información médica y de salud mental sobre usted que se considera información médica protegida (ISP). Esta información es confidencial y no se utilizará ni divulgará sin su autorización por escrito, excepto como se describe a continuación.

I. USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

Usos y divulgaciones generales que no requieren el consentimiento del cliente

- 1) **Tratamiento.** Se refiere a la coordinación y gestión de su atención médica y de salud mental y servicios relacionados por parte de cualquier proveedor. El personal de AllHealth Network involucrado en su atención puede usar su información para planificar su tratamiento y asegurarse de que se estén utilizando los métodos más apropiados para ayudarlo.
- 2) **Pago.** Actividades que realizamos para obtener o proporcionar reembolsos relacionados con su salud mental y atención médica. Usaremos su información para fines financieros de AllHealth Network, que pueden incluir información que lo identifique y detalles de su tratamiento para las facturas que le enviamos y los reclamos que enviamos a su compañía de seguros, a otro pagador o al programa Medicaid del estado de Colorado.
- 3) **Operaciones de atención médica.** Se refiere a actividades de AllHealth Network que tienen que ver con funciones administrativas regulares. Podemos utilizar su información de salud para monitorear la calidad del servicio, capacitación del personal, revisiones de expedientes médicos, auditorías, licencias y otros fines directamente relacionados con la forma en que manejamos nuestro negocio.
- 4) **Contacto al Cliente.** AllHealth Network puede comunicarse con usted para recordarle las citas e informarle sobre otros tratamientos y servicios que pueden ayudarlo.
- 5) **Requerido por la ley.** AllHealth Network divulgará su ISP cuando lo exija la ley en cualquiera de las siguientes situaciones (pero no limitadas a):
 - a) Denunciar abuso o negligencia infantil
 - b) Orden Judicial
 - c) Deber legal de advertir o tomar medidas ante un peligro inminente para otras personas.
 - d) Cuando el cliente es un peligro para sí mismo o para otros o está gravemente discapacitado
 - e) Cuando se requiere informar ciertas enfermedades transmisibles y ciertas lesiones
 - f) Cuando un forense investiga la muerte del cliente
- 6) **Actividades de vigilancia de la salud.** AllHealth Network divulgará su ISP a agencias de supervisión de la salud según lo autorice la ley y sea necesario para la supervisión de cualquiera de los siguientes:
 - a) El sistema de salud (aseguradoras, médicos, hospitales, farmacias, etc.)
 - b) Programas gubernamentales de beneficios de atención médica (Medicare, Medicaid, etc.)
 - c) Programas regulatorios (Agencia Antidrogas, Licencias Médicas Estatales, etc.)
 - d) To Para determinar el cumplimiento del estándar del programa.
- 7) **Delitos en las instalaciones u observados por el personal.** Los delitos que sean observados por el personal de AllHealth Network, dirigidos al personal o que ocurran en las instalaciones de la Red, se informarán a las autoridades policiales.
- 8) **Socios Comerciales.** Algunas de las funciones de AllHealth Network se proporcionan mediante contratos que tenemos con otras empresas. Se proporcionará ISP a estas empresas para

Client ID: _____

realizar tareas directamente relacionadas con el tratamiento al cliente de AllHealth Network. Estas empresas que trabajan con AllHealth Network deben celebrar un acuerdo con AllHealth Network por el que mantendrán la privacidad de su ISP.

- 9) **Investigación.** La Red puede usar o divulgar ISP con fines de investigación.
 - 10) **Cientes involuntarios.** Para brindar y coordinar la atención de los clientes que reciben tratamiento involuntario, la ISP se compartirá con otros proveedores, oficinas legales y otros según lo permita la ley.
 - 11) **11) Familiares.** Excepto en el caso de ciertos menores, clientes incompetentes o involuntarios, la ISP no puede divulgarse a miembros de la familia sin el consentimiento del cliente. Si miembros de la familia están presentes durante una conversación con el cliente y se puede inferir razonablemente de las circunstancias que el cliente no se opone, la ISP puede divulgarse en el curso de esa conversación. Sin embargo, si el cliente se opone, la ISP no será divulgada. Ambos padres de niños divorciados, independientemente de la decisión otorgada, tendrán acceso al registro del niño a menos que esta acción esté específicamente prohibida por una orden judicial.
 - 12) **Recaudación de fondos.** AllHealth Network puede comunicarse con los clientes como parte de sus actividades de recaudación de fondos.
 - 13) **Emergencias.** En emergencias que pongan en peligro la vida, el personal de AllHealth Network divulgará la ISP necesaria para evitar daños graves o la muerte.
 - 14) **Participación Contexture.** AllHealth Network respalda, apoya y participa en el Intercambio electrónico de información de salud (IIS) como un medio para mejorar la calidad de su salud y su experiencia de atención médica. IIS nos proporciona una manera de compartir electrónicamente de forma segura y eficiente la información clínica de los pacientes con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red IIS. El uso de IIS ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir información de manera más efectiva y brindarle una mejor atención. El IIS también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que lo estén tratando tengan acceso inmediato a sus datos médicos que pueden ser críticos para su atención. Poner su información de salud a disposición de sus proveedores de atención médica a través del IIS también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, puede optar por no participar en Contexture IIS o cancelar una opción de exclusión voluntaria en cualquier momento. Puede encontrar más información sobre Contexture en <https://contexture.org/>
- B. **Autorización del cliente o divulgación de información.** AllHealth Network no puede usar ni divulgar su ISP de ninguna manera, salvo las permitidas por la ley, sin una autorización firmada o una divulgación de información de su parte. La autorización o liberación puede ser revocada mediante solicitud escrita o comunicación verbal documentada con usted. La revocación se aplicará al recibir una notificación por escrito, a menos que AllHealth Network ya haya tomado medidas mediante una orden verbal.

II. SUS DERECHOS COMO CLIENTE

- A. **Acceso a información de Salud Protegida (ISP).** Sujeto a ciertas limitaciones, usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la ISP contenida en su registro médico legal. Para realizar una solicitud, solicite al personal de AllHealth Network el formulario correspondiente o llame al equipo de HIM al 303-723-4270. Se aplican ciertas limitaciones. Si se le niega parte de su registro y desea apelar esa decisión, comuníquese con el Oficial de Privacidad al 720-707-6336.
- B. **Enmienda de su expediente.** Tiene derecho a solicitar que AllHealth Network modifique (revise/corrija) su ISP. No es necesario modificar la ISP si se determina que el registro es exacto y completo. Hay otras excepciones. Se le proporcionará información adicional en el momento de su solicitud, junto con información sobre el proceso de apelación disponible para

Client ID: _____



usted. Para realizar una solicitud, solicite al personal de AllHealth Network el formulario correspondiente.

C. **Contabilidad de Divulgaciones.** Tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones que AllHealth Network ha realizado con respecto a su ISP en los 6 años anteriores a la fecha de la solicitud. No incluye divulgaciones para lo siguiente:

- 1) Tratamiento
- 2) Pago
- 3) Operaciones de atención médica
- 4) Divulgaciones realizadas de conformidad con una autorización que cumple con HIPAA.
- 5) Revelaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Puede haber otras excepciones que se le proporcionarán si solicita un informe, solicitándole al personal de AllHealth Network un formulario de solicitud.

D. **Restricciones adicionales.** Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales con respecto al uso o divulgación de su ISP. Sin embargo, AllHealth Network no tiene que estar de acuerdo con la solicitud. Hay ciertos límites para cualquier restricción. Estos se los podemos explicar en el momento de su solicitud. Para realizar una solicitud, solicite al personal de AllHealth Network el formulario correspondiente.

E. **Medios alternativos para recibir Comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que reciba comunicación de su ISP de AllHealth Network por otros medios o en otros lugares. Existen limitaciones para la concesión de dichas solicitudes, que se le proporcionarán en el momento del proceso de solicitud. Para realizar una solicitud, solicite al personal de AllHealth Network el formulario correspondiente.

F. **Copia de este aviso.** Tiene derecho a obtener otra copia de este Aviso si lo solicita.

III. INFORMACIÓN ADICIONAL.

A. **Leyes de privacidad.** Las leyes estatales y federales exigen que AllHealth Network mantenga la privacidad de su PHI. AllHealth Network también está obligado por ley a proporcionar a los clientes un aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la ISP.

B. **Términos del Aviso y Cambios al Aviso.** AllHealth Network debe seguir los términos de este Aviso y se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso y hacer que las nuevas disposiciones entren en vigor para toda la ISP que mantiene. Cuando se revise el Aviso, se publicará en los sitios de AllHealth Network y estará disponible previa solicitud.

C. **Notificación de incumplimiento.** La Red debe notificarle después de una divulgación ilegal de su Información de salud protegida.

D. **Quejas sobre derechos de privacidad.** Si cree que AllHealth Network ha violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a informarlo a la administración de AllHealth Network llamando al Oficial de Privacidad de AllHealth Network al 720-707-6336. También tiene derecho a informar esto al Secretario de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando su queja por escrito a:

Office of Civil Rights
US Department of Health & Human Services 200
Independence Ave. SW Room 509F HHH
Washington, D.C. 20201

Es política de AllHealth Network que no habrá represalias si presenta una queja.

E. **Información adicional.** Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad en AllHealth Network, llame a nuestro Oficial de Privacidad al 720-707-6336.

F. **Fecha de vigencia.** Este aviso entra en efecto el 24 de mayo de 2024.

Client ID: _____

IV. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE CON USO DE ALCOHOL Y DROGAS.

Ley federal 42 C.F.R. La Parte 2 protege la confidencialidad de los registros de clientes que consumen alcohol y drogas que mantiene AllHealth Network y estos registros no pueden divulgarse sin su consentimiento por escrito a menos que:

- 1) El cliente da su consentimiento por escrito
- 2) La divulgación está permitida por orden judicial
- 3) La divulgación hecha al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas
- 4) El cliente comete o amenaza con cometer un delito ya sea en AllHealth Network o contra cualquier persona que trabaje para AllHealth Network.

Solo se necesita un consentimiento único para permitir todos los usos y divulgaciones futuros para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. La violación de las leyes y regulaciones federales por parte de AllHealth Network es un delito. Las sospechas de violaciones pueden ser reportadas al Fiscal Federal en el Distrito de Colorado. Las leyes y regulaciones federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil que se reporten según la ley de Colorado a las autoridades estatales o locales correspondientes