

INFORMACIÓN DEL PACIENTE DEL CENTRO DE CONSEJERÍA DE UTAH CENTRAL

Tenga en cuenta: La información proporcionada se basa en la persona que se está viendo. Si es padre o tutor, utilice la información de su hijo.

Apellido:		Nombre:		
Segundo nombre / Inicial:		SSN:		
Fecha de nacimiento:	Género	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> No binario
Dirección de envío:		Código postal:		
Dirección:		Código postal:		
Número de teléfono de casa:		Número Celular:		
Contacto de emergencia:			Número de teléfono:	
Estado Civil: Divorciado _____ Nunca casado _____ Casado _____ Separado _____ Viudo _____				
¿Qué idiomas hablas?			¿Eres un veterano? Sí _____ No _____	
¿Está actualmente matriculado en algún tipo de educación? Sí _____ No _____			Años de educación que ha completado:	
¿Es la primera vez que lo ven en el Centro de Consejería de Utah Central? Sí ___ No ___		¿Ha tenido algún servicio de salud mental para pacientes internados en el Hospital Estatal de Utah? Sí ___ No ___		

Indique la salud mental anterior y/o el uso de sustancias tratamiento y lugar(es) y fecha(s) y tipo(s):	Paciente externo:	Paciente interno:
¿Cuál es su raza? <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra carrera individual <input type="checkbox"/> Dos o mas carreras	¿Cuál es tu etnia? <input type="checkbox"/> No de origen hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Puertorriqueño	¿Cuál es tu situación laboral? <input type="checkbox"/> Discapacitado, no en la fuerza laboral <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo (35 horas o más) <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial (35 horas o menos) <input type="checkbox"/> ama de casa <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Alumno <input type="checkbox"/> Empleo con apoyo/de transición <input type="checkbox"/> Desempleado, NO buscando trabajo <input type="checkbox"/> Desempleado, buscando trabajo
Quién lo refirió a CUCC: <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Familiar o Amigo <input type="checkbox"/> Proveedor de atención de abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Proveedor de salud menta <input type="checkbox"/> Otro proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Empleador/PAE <input type="checkbox"/> División de Servicios Laborales <input type="checkbox"/> DCFS <input type="checkbox"/> DSPD <input type="checkbox"/> Referencia de justicia <input type="checkbox"/> Clero <input type="checkbox"/> Otro	¿Cuál es su arreglo de vivienda actual? <input type="checkbox"/> Residencia privada - dependiente <input type="checkbox"/> Residencia privada - independiente <input type="checkbox"/> Atención residencial 24 horas <input type="checkbox"/> Hogar de acogida para adultos o niños <input type="checkbox"/> Configuración institucional <input type="checkbox"/> Cárcel o centro correccional <input type="checkbox"/> En la calle/refugio para personas sin hogar	¿Está usted involucrado actualmente con: <input type="checkbox"/> Libertad condicional o libertad condicional <input type="checkbox"/> DCFS <input type="checkbox"/> Programa de tribunales de drogas para adultos <input type="checkbox"/> Otro

Información del seguro

Seguro de Cobertura Primaria Dirección del seguro Código postal Relación del titular de la póliza con el cliente Numero de seguro Nombre del titular de la póliza/fecha de nacimiento Dirección del titular de la póliza Titular de la póliza Ciudad/Estado/Código postal	Seguro de Cobertura Secundaria Dirección del seguro Código postal Relación del titular de la póliza con el cliente Numero de seguro Nombre del titular de la póliza/fecha de nacimiento Dirección del titular de la póliza Titular de la póliza Ciudad/Estado/Código postal
--	--

CUESTIONARIO DE SALUD DEL CLIENTE

¿Actualmente está viendo a un proveedor médico, si es así, a quién?

¿Le gustaría que nos comuniquemos con su proveedor médico? Sí _____ No _____ ***Si es así, solicite un formulario de Divulgación de información en la recepción***

Marque cualquier prueba positiva que haya tenido para estas enfermedades: _____ Tuberculosis (TB) _____ Enfermedad de transmisión sexual _____ Hepatitis
_____ AIDS/HIV

¿Alguien le ha dicho que tiene o está en riesgo de padecer las enfermedades mencionadas anteriormente y le ha recomendado pruebas o tratamientos? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué enfermedades?

¿Antecedentes de intento(s) de suicidio? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, ¿cuándo/cómo?

¿Tiene alergias a medicamentos/reacciones negativas a medicamentos? _____ ¿Cómo calificaría su estado de salud actual? _____ Excelente _____ Bueno _____ Justa _____ Pobre

Tiene alguna necesidad que requiera alojamiento, por favor explique:

Por favor marque cualquier problema/síntoma que haya tenido:

____ Sin condiciones/complicaciones biomédicas reportadas ____ Asma/problemas pulmonares ____ Desorden sanguíneo ____ Cáncer ____ Dolor crónico ____ Problemas dentales ____ Problemas tiroideos	____ Diabetes ____ Problemas del corazón ____ Escuchando problemas ____ Alta presión sanguínea ____ Colesterol alto ____ Infecciones ____ Problemas de la vista	____ Problemas de riñón ____ Problemas hepáticos ____ Problemas musculares/articulares ____ Convulsiones/Neurológico ____ Problemas para dormir ____ Problemas estomacales/intestinales ____ Otro
--	---	---

Familiares con antecedentes de:

Abuso de alcohol/drogas _____
Paciente hospitalizado de salud mental _____
Cárcel/cárcel _____
Suicidio consumado _____

¿Tiene antecedentes de: _____ Agresión/abuso sexual _____ Abuso físico/emocional _____ Problemas legales

¿Cree que puede estar embarazada _____ Sí _____ No _____ No aplica Eres madre soltera con hijos a cargo: _____ Sí _____ No

¿Cuántos hijos dependientes tiene (de 0 a 17 años)?

MEDICAMENTOS ACTUALES DEL CLIENTE

Prescripción	Fecha de inicio	Dosis/Horario	Prescriptor
--------------	-----------------	---------------	-------------

MEDICAMENTOS HERBALES O DE VENTA LIBRE

Medicamento	Dosis	Calendario	Respuesta
-------------	-------	------------	-----------

USO DE NICOTINA/TABACO DEL CLIENTE

eleccione la(s) opción(es) que reflejen su consumo de nicotina/tabaco: _____ Nunca fumé/vapeé _____ Ex fumador/usuario de cigarrillos electrónicos
____ Fumador diario actual/usuario de cigarrillos electrónicos _____ Fumador actual de algún día/usuario de cigarrillos electrónicos _____ Usuario de nicotina sin humo (es decir, mascar tabaco, snus, rapé, bolsas de nicotina, etc.) _____ Otro (especifique) _____

HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS DEL CLIENTE

¿Alguna vez consumió bebidas alcohólicas, usó una droga ilegal, tomó un medicamento recetado por una razón no médica o abusó de cualquier sustancia (es decir, Sí inhalantes, medicamentos de venta libre, etc.) ? ___ No ___ Yes ___ No ___ **En caso afirmativo, por favor complete las preguntas a continuación**

¿Alguna vez ha consumido drogas callejeras por vía intravenosa? Sí ___ No ___	¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha usted asistido a una reunión de apoyo social (es decir, AA o 12 pasos)? ___	¿Cuántas veces has recibido consejería para el uso de sustancias en el pasado? 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5+ ___	¿Alguna vez ha sentido que debe reducir su consumo de alcohol o drogas? Sí ___ No ___
¿Alguna vez ha bebido o usado drogas? a primera hora de la mañana para estabilizar su nervios o para quitar la resaca (revelador)? Sí ___ No ___	¿La gente te ha molestado criticándote? su consumo de alcohol o drogas? Sí ___ No ___	¿Se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? Sí ___ No ___	¿Está recibiendo asistencia médica? ¿Tratamiento? Sí ___ No ___ Naltrexone/Vivitrol ___ Suboxone ___ Metadona ___ Otro ___

¿Qué sustancias has probado alguna vez? ¿cosas?	Años de primero usar	En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha utilizado el sustancias que enumeró (encierre en un círculo a continuación)?	¿Cómo usó esta sustancia (por favor círculo abajo)? Oral (tragar); De fumar; Otro; Inhalación (humos); inyección IV; inyección no IV; Nasal (resoplado); Desconocido
<input type="checkbox"/> Alcohol		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Cocaína/Crack		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Marihuana Sintética (K2/Spice)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Heroína		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Metadona sin receta		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Morfina (Ms Contin)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Hidrocodona (Vicodin, Lortab)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Oxycodona (Oxycontin, Percocet)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Opioides Sintéticos (Fentanilo)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Metanfetamina		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otras anfetaminas/estimulantes		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Metilfenidato (Ritalin)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Sobre el mostrador		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Alprazolam (Xanax)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Lorazepam (Ativan)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Clonazepam (Klonopin, Rivotril)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otras benzodiazepinas		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Barbitúricos		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otros sedantes/hipnóticos		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> GHB/GBL		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Rohipnol		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> MDMA (éxtasis)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Ketamina (Especial K)		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> PCP		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> LSD		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Inhalantes		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otro _____		1-3 x mes pasado 1-2 x por semana 3-6 x por semana Diario Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro

PUNTUACIÓN AS

El Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (Estudio SCE) de los CDC descubrió un vínculo sorprendente entre el trauma infantil y las enfermedades crónicas. Enfermedades que las personas desarrollan en la edad adulta, así como problemas sociales y emocionales. Esto incluye enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón, la diabetes muchas enfermedades autoinmunes, así como depresión, violencia, ser víctima de violencia y suicidio.

PUNTE 1 PARA SI Y 0 PARA NO		
1	Antes de cumplir los 18 años, ¿un padre u otro adulto en el hogar a menudo o muy a menudo le maldijo, insultó humillarte, menospreciar o humillarte? ¿O actuó de una manera que le hizo temer que pudiera lastimarlo físicamente?	
2	Antes de cumplir los 18 años, ¿un padre u otro adulto en el hogar empujó, agarró, abofeteó o tirarte algo? ¿O alguna vez lo golpeó tan fuerte que le dejó marcas o resultó herido?	
3	Antes de cumplir 18 años, ¿algún adulto o persona al menos cinco años mayor que usted alguna vez lo tocó o acarició, o ¿Has tocado su cuerpo de forma sexual? O intentar o realmente tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales ¿contigo?	
4	Antes de cumplir los 18 años, ¿sentías a menudo o muy a menudo que nadie en tu familia te amaba o pensaba que fueron importantes o especiales? O su familia no se cuidó unos a otros, no se sintieron cercanos o no se apoyaron ¿El uno al otro?	
5	Antes de cumplir 18 años, ¿sentía a menudo o con mucha frecuencia que no tenía suficiente para comer, que tenía que usar ropa sucia, y no tenías a nadie que te protegiera? O tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar de ti o llevarte al médico si lo necesitabas?	
6	Antes de cumplir los 18 años, ¿alguna vez perdió a uno de sus padres biológicos por divorcio, abandono u otro ¿razones?	
7	Antes de cumplir 18 años, ¿su madre o madrastra: a menudo o muy a menudo empujaba, agarraba, abofeteaba o ¿le han tirado algo? O a veces, a menudo o muy a menudo pateaba, mordía, golpeaba con el puño o golpeaba con algo duro? ¿O alguna vez lo golpearon repetidamente durante al menos unos minutos o lo amenazaron con una pistola o un cuchillo?	
8	Antes de cumplir los 18 años, ¿vivía con alguien que fuera un bebedor o alcohólico problemático o que usara drogas?	
9	Antes de cumplir los 18 años, ¿algún miembro del hogar estaba deprimido o tenía una enfermedad mental? O, ¿un miembro del hogar intento de suicidio?	
10	Antes de cumplir 18 años, ¿algún miembro de su hogar fue a prisión?	
PUNTAJE TOTAL		

A medida que aumenta su puntaje ACE, también lo hace el riesgo de enfermedades y problemas sociales y emocionales. Con un puntaje ACE de 4 o más, las cosas empezar a ponerse serio. La probabilidad de enfermedad pulmonar pulmonar crónica aumenta un 390%; hepatitis 240%; depresión 460%; intentó suicidio 1220%/ Hable con su proveedor acerca de este puntaje. No puedes cambiar el pasado, pero puedes cambiar y prevenir más problemas. En el futuro.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

Utilice la siguiente escala:

- NADA= 0
- VARIOS DÍAS= 1
- MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS= 2
- CASI TODOS LOS DÍAS= 3

1	Poco interés o placer en hacer las cosas	
2	Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	
3	Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	
4	Sentirse cansado o tener poca energía.	
5	Falta de apetito o comer en exceso	
6	Sentirse mal consigo mismo o que es un fracaso o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia.	
7	Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	
8	Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario siendo tan inquieto o inquieto porque te has estado moviendo mucho más de lo habitual	
9	Pensamientos de que estarías mejor muerto o lastimándote	
PHQ (PUNTUACIÓN TOTAL)		

CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH

Formulario de descuento de copago
*****Tenga en cuenta: TODOS los copagos deben pagarse en el momento del servicio*****

YO, _____, Por la presente juro que mi ingreso familiar total actual es el siguiente

INFORMACIÓN FINANCIERA (si el cliente es menor de edad use la información de los tutores)

<p align="center">Tipo de empleo (por favor marque uno)</p> <p>____ Contrato</p> <p>____ Regular</p> <p>____ Estacional</p> <p>____ Temporario</p>	<p align="center">Fuente primaria de ingresos</p> <p>____ Discapacidad/Indemnización laboral</p> <p>____ Empleo Legal - Sueldos y Salarios</p> <p>____ Ninguna</p> <p>____ Otro _____</p> <p>____ Pensión</p> <p>____ Bienestar/Asistencia Pública</p>	<p align="center">Fuentes de ingresos, por favor revisa todo eso aplicar</p> <p>____ Uno mismo</p> <p>____ Padre</p> <p>____ Esposa</p>
---	---	--

Indique el total de su hogar Ingreso Bruto Mensual:\$	Indique el número de familiares miembros dependientes de su ingresos del hogar:
---	---

Mi salario: \$	El salario de mi cónyuge: \$	Otros Ingresos:\$
----------------	------------------------------	-------------------

Indique el nombre de su empleador:	Indique la dirección de su empleador:
------------------------------------	---------------------------------------

<p>Garantizo que la información la financiera anterior es correcta. entiendo yo debe notificar al Centro inmediatamente si hay un cambio en mi financiera y/o estado del pagador. Yo autorizo al Centro de Consejería de Utah Central para intercambiar información pertinente con cualquier beneficiario de quien soy elegible para recoger. Asigno beneficios de seguro directamente al Centro. Además, yo, el abajo firmante, se compromete a pagar el cantidad de copago como se indica a continuación por servicio en el momento de cada servicio.</p>	<p>Nombre del Responsable si es diferente al Cliente:</p> <p>_____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>_____</p> <p>Firma del solicitante, padre u otra parte responsable Fecha</p>
---	--

*******SOLO PARA USO DE LA OFICINA*******

Monto del copago (si corresponde) tomado de la porción de salud mental de la tarjeta de seguro del programa de copagos	\$
Cantidad de copago reducida a esta cantidad por servicio	\$

Solicitud de descuento de copago (terapeuta)
Describe las razones por las que el copago estándar puede crear una dificultad financiera:

Alto costo de medicamentos/copagos

Gastos médicos

Familiar discapacitado que requiere servicios especiales

Deuda significativa directamente relacionada con una enfermedad mental grave

Otro (por favor especifique)

X _____
Firma del líder del equipo para el ajuste de copago

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITA POR TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO

Doy permiso al Centro de Consejería de Utah Central (CUCC) para enviar recordatorios de citas a la siguiente dirección de correo electrónico o teléfono celular número.

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono para mensajes de texto: _____

¿Prefiere recibir recordatorios de citas por (marque todo lo que corresponda):

Correo electrónico Mensaje de texto Ambos Ninguno

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Firma

Fecha

Firma del padre o tutor (si se requiere)

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR

Doy permiso al Centro de Consejería de Utah Central (CUCC) para tomar mi foto y usarla en mi registro electrónico para identificación propósitos

Nombre del paciente (letra de imprenta))

Firma

Fecha

Firma del padre o tutor (si se requiere)

Fecha

Si el cliente se negó, documente aquí firmando su nombre y fecha:

Firma

Fecha

CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH

Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad

Central Utah Counseling Center se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para el Centro de Consejería de Utah Central.

Nombre del paciente (letra de imprenta)

Firma

Fecha

Firma del padre o tutor (si se requiere)

Relationship of Patient Representative to Patient

(Obligatorio si el paciente es menor de edad o adulto que no puede firmar este formulario)

CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH

Formulario de consentimiento para tratar

He venido al Centro de Consejería de Utah Central con la esperanza de recibir tratamiento. Entiendo que tengo derecho a recibir detalles de mi condición. Esto también incluirá los resultados de la evaluación, desafíos y beneficios esperados del tratamiento. Entiendo que también puedo enterarme de cualquier alternativa razonable al tratamiento. Acepto recibir tratamiento con un proveedor del Centro de Consejería de Utah Central. Además doy mi consentimiento para recibir tratamiento. Este consentimiento es voluntario. Acepto participar en el desarrollo de mi plan de atención y tratamiento después de mi evaluación inicial. En este proceso, acepto participar en el desarrollo de mi plan. De cuidado. Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir una respuesta razonable a mis preguntas en cualquier momento durante el curso de mi atención. Esto incluye el derecho a recibir detalles de mi condición. También puedo preguntar sobre los hallazgos de mi evaluación, los desafíos y los beneficios esperados del tratamiento, y cualquier alternativa razonable al tratamiento. Entiendo que puedo hablar sobre la terminación del tratamiento en cualquier momento que desee con mi proveedor.

Nombre del paciente (letra de imprenta)
Firma
Firma del padre o tutor (si se requiere)

Fecha
Fecha

CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH

Declaración de derechos del cliente

I. La siguiente es una lista de sus derechos como cliente: SU

DERECHO A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

- 1. El derecho a un tratamiento individual de salud mental y/o abuso de sustancias por parte de profesionales calificados.
2. El derecho a opinar sobre sus objetivos de tratamiento.
3. El derecho a preguntar y saber sobre diferentes métodos de tratamiento.
4. El derecho a los servicios sin ser tratado injustamente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, religión, discapacidad o afiliación política.
5. El derecho a comprender y revisar la información en su registro de tratamiento, a menos que esto pueda causar daño.

SU DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD EI

El personal no hablará con nadie, excepto con los miembros del personal involucrados en su tratamiento, acerca de que usted es un cliente. No se puede dar información sin su permiso por escrito a menos que: Se

- 1. Sospeche de abuso infantil.
2. Hay una emergencia médica y la información ayudaría con su atención.
3. Existe una amenaza para su vida o seguridad o usted es un peligro para la vida o seguridad de otros.
4. There is a threat to your life or safety or you are a danger to the life or safety of others.
5. Las agencias que realizan revisiones pueden ver la información de su cliente. Deben respetar la confidencialidad de los clientes individuales.
6. Hay un crimen o amenaza de un crimen en las instalaciones o involucrando al personal del programa.
7. La información es necesaria por razones de seguro. Solo necesitamos compartir que ha recibido tratamiento y que el tratamiento es reembolsado.

SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA

- 1. Cada oficina tiene un buzón de sugerencias para tus quejas, ideas o para reconocer a alguien que te atendió bien.
2. Tiene derecho a presentar una queja. Hable de su inquietud con cualquier miembro del personal y solicite un Folleto de quejas del cliente.
3. Si sabe o tiene motivos para creer que un miembro del personal ha actuado de una manera poco profesional o ilegal, solicite hablar con el supervisor de la persona e informe la información de inmediato.

II.. Los siguientes derechos y protecciones son para clientes que reciben servicios de salud mental prepagos de Medicaid

- 1. El derecho a recibir información sobre su proveedor de tratamiento.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a obtener información sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles de una manera que pueda entenderlas.
4. El derecho a participar en las decisiones sobre su atención de salud mental, incluido el derecho a negarse al tratamiento.
5. El derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de intimidación, castigo, conveniencia del personal o que alguien se venga de usted.
6. Cuando lo permita la Ley Federal, derecho a solicitar y recibir una copia de sus expedientes médicos, ya solicitar que se modifiquen o arreglen. se le puede cobrar por las copias.
7. El derecho a recibir servicios de salud que cumplan con los estándares de acceso y calidad.
8. El Centro de Consejería de Utah Central no impedirá que sus proveedores de tratamiento le den consejos o apoyo en su nombre con la siguiente información.
a. Su estado de salud, atención médica u opciones de tratamiento, incluido cualquier tratamiento alternativo que pueda administrarse usted mismo.
b. Cualquier información que necesite para elegir entre las posibles opciones de tratamiento.
c. Los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento o no tratamiento.
d. Su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento, y a tener voz en las decisiones sobre tratamientos futuros.

III..Responsabilidades

- 1. Respetar la privacidad de otros clientes.
2. Llegar a tiempo a sus citas.
3. Para proporcionar la información que necesitamos para que podamos facturar adecuadamente.
4. Para reenviarnos todos los seguros u otros pagos de terceros. Pagar los copagos a tiempo.
5. Para informarnos de cambios en su situación financiera, con su dirección o número de teléfono.
6. Hablar abiertamente con su terapeuta sobre cualquier problema relacionado con su atención.
7. Estar involucrado en el proceso de planificación de su tratamiento.

He leído y comprendo los derechos y responsabilidades anteriores. Autorizo al Centro de Consejería de Utah Central para brindar tratamiento.

Cliente, matriz u otra parte responsable Relación Fecha

Aviso de Prácticas de Privacidad

El Centro de Consejería de Utah Central se compromete a proteger su información médica.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

A partir del 14 de abril de 2003. La ley exige que Central Utah Counseling Center mantenga la privacidad de su información médica, le proporcione este aviso y cumpla con los términos de este aviso.

CÓMO UTILIZAMOS SU INFORMACIÓN MÉDICA

Cuando recibe atención del Centro de Consejería de Utah Central, podemos usar su información de salud para tratarlo, facturar los servicios y llevar a cabo nuestro negocio normal conocido como operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo usamos su información incluyen.

Tratamiento: Mantenemos registros de la atención y los servicios que se le brindan. Los proveedores de atención médica utilizan estos registros para brindar atención de calidad que satisfaga sus necesidades. Por ejemplo, su terapeuta puede compartir su información de salud con otro profesional que lo asistirá en su tratamiento. Algunos registros de salud, incluidas las comunicaciones confidenciales con otros profesionales de la salud mental o los registros de tratamiento por abuso de sustancias, pueden tener restricciones adicionales para el uso y la divulgación según las leyes estatales y federales.

Pago: Mantenemos registros de facturación que incluyen información de pago y documentación de los servicios que se le brindaron. Su información puede usarse para obtener el pago de usted, su compañía de seguros u otros terceros pagadores. También podemos comunicarnos con su compañía de seguros para verificar la cobertura de su atención o para notificarles sobre los próximos servicios que pueden necesitar notificación previa o aprobación. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre los servicios que le brindamos para reclamar y obtener el pago de su compañía de seguros. Si paga el precio total en efectivo de los servicios, puede solicitar una restricción de información a su compañía de seguros.

Operaciones de atención médica: utilizamos la información de salud para mejorar la calidad de la atención, capacitar al personal y a los estudiantes, brindar servicio al cliente, administrar costos, realizar las tareas comerciales requeridas y hacer planes para servir mejor a nuestras comunidades. Por ejemplo, podemos usar su información de salud para evaluar la calidad del tratamiento y los servicios proporcionados por nuestros terapeutas, psiquiatras, psicólogos, administradores de casos y otros trabajadores de la salud.

OTROS SERVICIOS QUE OFRECEMOS

También podemos usar su información de salud para recomendar alternativas de tratamiento, informarle sobre servicios y productos de salud que pueden beneficiarlo, compartir información con familiares y amigos involucrados en su atención (autorizados por usted a través de un comunicado por escrito), compartir información con terceros que ayudarnos con el tratamiento, el pago y la operación de atención médica, y recordarle una cita (opcional, notifique al terapeuta o secretaria si no desea que se le recuerde). Además, CUCC utiliza recetas electrónicas. Una de las características de los sistemas de prescripción electrónica es que nos permite ver los medicamentos que otros médicos le han recetado electrónicamente. Esto mejora la seguridad del paciente al ayudarnos a evitar la prescripción de medicamentos que podrían interferir con lo que ya está tomando. Al firmar el formulario de reconocimiento de que recibió este formulario, nos autoriza a ver su historial de medicamentos.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Tiene derecho a

- Solicitar restricciones sobre cómo usamos y compartimos su información de salud. Consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones, pero no estamos obligados a aceptar cualquier restricción.
- Solicitar que utilicemos un número de teléfono o una dirección específicos para comunicarnos con usted.
- Inspeccionar y copiar su información de salud, incluidos los registros de facturación. Hay un cargo de \$.25 por página copiada. Bajo limitadas circunstancias, podemos negarle el acceso a una parte de su información de salud y usted puede solicitar una revisión de esa denegación*
- Solicitar correcciones o adiciones a su información de salud.
- Solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros. La contabilidad no incluye divulgaciones realizadas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por ley. Su solicitud debe indicar el período de tiempo deseado para la rendición de cuentas, que debe estar dentro de los seis años anteriores a su solicitud y excluye las fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera rendición de cuentas es gratuita, pero se aplicará una tarifa si hay más de una solicitud. Se realiza en un período de 12 meses.*

Las solicitudes marcadas con un asterisco (*) deben realizarse por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad del Centro de Consejería de Utah Central para obtener el formulario apropiado para su solicitud.

COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Hay situaciones limitadas en las que se nos permite o se nos exige divulgar información médica sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar el programa de Medicaid y lo siguiente:

- Situación de emergencia que requiere atención inmediata. Para fines de salud pública, como la notificación de enfermedades transmisibles (si tales enfermedades no han sido reportadas por el departamento de salud), u otras enfermedades y lesiones permitidas por la ley.
- Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para juicios y procedimientos similares.
- Cuando la ley exija lo contrario.
- Cuando lo solicite la policía según lo exija la ley o una orden judicial.
- Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas pautas federales.
- Para reducir o prevenir una amenaza grave a la salud y la seguridad públicas.
- Para funciones gubernamentales especializadas como inteligencia y seguridad nacional.

Todos los demás usos y divulgaciones, no descritos en este aviso, requieren su autorización firmada. Puede revocar su autorización en cualquier momento con la declaración escrita. Los siguientes son ejemplos.

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Usos y divulgaciones de información de salud protegida con fines de mercadeo, incluido el tratamiento subsidiado.
- Divulgaciones que constituyen una venta de información de salud protegida.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

Central Utah Counseling Center está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de su información de salud y notificarle cualquier violación de su información.
- Proporcionar este aviso que describe las formas en que podemos usar y compartir su información de salud.
- Siga los términos del aviso actualmente en vigor.

Nos reservamos el derecho de hacer cambios a este aviso en cualquier momento y hacer efectivas las nuevas prácticas de privacidad para toda la información que mantenemos. Los avisos actuales se publicarán en todas nuestras oficinas. También puede solicitar una copia de cualquier aviso del secretario del oficial de privacidad del Centro de Consejería de Utah Central que se detalla a continuación:

CONTÁCTENOS

Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad. O no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, comuníquese con el Oficial de Privacidad del Centro de Consejería de Utah Central, Jared Kummer en 152 North 400 West Ephraim, UT 84627, 800-523-7412 o envíe un correo electrónico a: jaredk@cucc.us

Investigaremos todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, SW Room 509F HHH Bldg., Washington, DC 20201.