



DATOS DEMOGRÁFICOS E INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas.
Si necesitas ayuda con este formulario, pregúntanos.

Para ayudarnos a prepararnos para su visita, le pedimos que traiga los siguientes artículos (si corresponde):

- Identificación del cliente o padre/tutor
- Tarjeta de Seguro
- Talones de pago

Proporcione la siguiente información sobre la persona que busca servicios.

Nombre: Primero Segunda Inicial Apellido Fecha de Nacimiento:

Nombre preferido del cliente:

Nombre de nacimiento:

Estado civil
(Seleccionar):

- ☐ Nunca se ha casado
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Separado/a

- ☐ Casado/viviendo como casado
- ☐ Viudo/a
- ☐ Desconocido/a

Sexo al nacer
(Seleccionar):

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro

Dirección física: Ciudad Estado Código postal Condado

☐ La dirección postal es la misma que la anterior.

☐ No se puede recibir correo.

Dirección postal (si es diferente de la dirección física): Ciudad Estado Código postal Condado

Información de contacto: Asegúrese de informar al personal de cualquier cambio para mantener su información actualizada.

☐ Sin teléfono

Comentarios:
(relación, idioma preferido)

¿Llamar
OK?

¿Mensaje
OK?

¿Texto
OK?

¿Recordatorio
OK?

Principal:

☐☐☐☐

Secundario:

☐☐☐☐

Alternativo:

☐☐☐☐

Correo electrónico:

Raza

(Seleccionar):

- ☐ Nativo de Alaska
- ☐ Indígena Americano
- ☐ Asiático

- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico

- ☐ Blanco
- ☐ Desconocido
- ☐ Prefiero no responder

Etnicidad

(Seleccionar):

- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Mexicano
- ☐ Cubano

- ☐ Otro hispano específico
- ☐ Hispano
(Origen específico no especificado)

- ☐ No de origen hispano
- ☐ Desconocido
- ☐ Prefiero no responder

Afiliaciones tribales:

Estado militar (Seleccionar):

☐ Ninguno

☐ Actual/Activo

☐ Veterano

Idioma preferido:

☐ Se necesita intérprete

PROPÓSITO DEL CLIENTE E INFORMACIÓN DE REFERENCIA

¿Qué tipo de servicios de tratamiento está interesado? (seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Salud Mental

☐ Uso de
Sustancias

☐ Familia y
Jóvenes

☐ Salud Pública

☐ Discapacidades
del Desarrollo

☐ Servicios para
Veteranos

¿Le derivaron a servicios de tratamiento?

☐ Sí

☐ No

¿Quién le refirió a los servicios (si corresponde)?

REPRESENTANTE DEL CLIENTE*Si alguien que no sea el cliente completa este formulario, proporcione la siguiente información.*

Relación con el cliente: ☐ Cónyuge ☐ Padre/Madre Biológico/a
☐ Custodio/a Legal **Seleccione solo si puede proporcionar documentación**
☐ Otro: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL CLIENTE

☐ Plan de Salud de Oregón (OHP) OHP ID#: _____

☐ Seguro privado (por favor, proporcione una copia de la tarjeta del seguro)

Empresa aseguradora: _____ ID#: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB: _____

☐ Sin seguro *Me gustaría obtener información sobre cómo solicitar

☐ Plan de Salud de Oregón ☐ Reducción en las tarifas de los servicios

EDUCACIÓN Y EMPLEO DEL CLIENTE¿Cuál es el grado o nivel más alto que ha completado? _____ ☐ Actualmente matriculado

Nombre de la escuela: _____

Por favor, complete la sección que mejor describa su situación laboral.

Empleado (seleccione) ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial

Fecha de contratación: _____ Nombre del empleador: _____

Ocupación/Puesto: _____ Fecha de contratación: _____

Desempleado(seleccione) ☐ Buscando empleo ☐ No buscando empleo ☐ Estudiante
☐ Discapacitado (Incapaz de trabajar) ☐ Jubilado ☐ Ama de casa
☐ Otro: _____

INGRESOS DEL HOGAR DEL CLIENTE Y DEPENDIENTES*La información de este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para una tarifa reducida.*

Fuente principal de ingresos del hogar (marque una):

☐ Ingresos/Salario ☐ Seguro Social por Discapacidad (SSDI) ☐ Ninguno
☐ Asistencia pública ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ Desconocido
☐ Jubilación/Pensión ☐ SSDI y SSI ☐ Otro

Ingresos brutos mensuales del hogar: _____ ☐ Desconocido ☐ Sin ingresos

Situación de vida actual (marque una):

☐ Solo/a/Cónyuge/Pareja/Padre/Madre ☐ Amigo/a ☐ Familiar ☐ Hogar de acogida
☐ Institución (Hospital/Centro penitenciario) ☐ Centro residencial ☐ Alojamiento y manutención ☐ Sin hogar

Indique el número de miembros del hogar en cada categoría que viven con usted ☐ Desconocido

Yo mismo/a Dependientes adultos: Hijos dependientes (0-17): Total de dependientes:

+

+

=

AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

*Puede obtener este formulario de diferentes maneras, como en letra grande o en otros idiomas.
Si necesita ayuda con este formulario, consúltenos.*

Apellido legal del cliente/solicitante: **Primer nombre:** **ISN:** **Fecha de nacimiento:**

Otros nombres usados por el cliente/solicitante:

Numero de ID del caso:

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente tenedor de registro a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mi:

FORMA DE LIBERACIÓN

Divulgar desde un tenedor de registro:

(individuo, escuela, empleador, agencia, o proveedor medico u otro)

Divulgar a: *(dirección requerida si se envía por correo. Si se divulga a un equipo, indicar los miembros)*

**Servicios de Salud y Humanos del Condado de Yamhill
Salud Conductual**

Condado de Yamhill, Oregón

**Mis proveedores de tratamiento, entidades de atención
médica, terceros pagadores y las personas que ayudan a
operar este programa**

Autorizo un intercambio mutuo de la información que se detalla a continuación entre las partes: ☐ **SI** ☐ **NO**

*Si la información contiene algunos de los siguientes tipos de datos o información, puede estar sujeta a otras leyes sobre su uso y divulgación.
Entiendo que esta información solo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información:*

Salud Mental ____ **Alcohol/Drogas** ____ **Juego** ____ **VIH/SIDA** ____ **Análisis Genético** ____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA DIVULGAR:

Todas los expedientes médicos y de salud conductual

Registros Fechados

De:

A:

Propósito: **Tratamiento, pago y operaciones administrativas.**

***Autorización valida por un ano desde la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.**

**Fecha o evento de
expiración:**

o

☐

365 días después de que el cliente esté cerrada a los servicios

☐

90 días después del término de servicios

FIRMA Y COPIAS:

Me dieron la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que hace. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectaría la información ya divulgada. Entiendo que hay leyes estatales y federales que protegen la información sobre mi caso. Entiendo el significado de este acuerdo y autorizo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por mi propia voluntad. Entiendo que la información usada y divulgada según esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por leyes federales ni estatales. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información relacionada con VIH/SIDA, salud mental, y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación vocacional y derivaciones referentes a alcoholismo y drogadicción, sin autorización específica.

Firma del individuo/tutor legal:**Fecha:****Relación con el cliente:**
☐ Documentación del representante legal en el expediente
Nombre del empleado de la agencia (letra de molde):**Fecha:****Nombre de la agencia demandante:****INFORMACIÓN QUE SE REQUIERE DEL CLIENTE:**

Para proveer o pagar servicios de salud: Si el Salud y Servicios Humanos del Condado de Yamhill (YCHHS) es el proveedor de sus servicios de atención de salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregon o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esto **no** afectará negativamente su elegibilidad para recibir servicios de salud, *a menos que* estos servicios solo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (*Ejemplos de esto serían exámenes, análisis o evaluaciones*). Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales.

Este formulario es voluntario. YCHHS no puede exigir la firmeza de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de salud pagados con fondos públicos, excepto en los casos antes detallados. Sin embargo, si usted se niega a firmarla, debe recibir información precisa sobre el efecto negativo que su decisión puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si usted decide no firmar, puede ser derivado a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familiar sin intercambio de información.

Re divulgación: 42 CFR parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizada de estos registros.

USO DE ESTE FORMULARIO

- 1. Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de YCHHS debe llenar este formulario con usted. **No firme el formulario si no lo entiende.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que este permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedir a una persona **autorizada** que firme en su nombre.
- 2. Términos usados: Intercambio mutuo:** Un "sí" permite que la información vaya y vuelva entre el tenedor del registro y las personas o programas indicados en la autorización.
- 3. Atención especial:** Para información referente a **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento por abuso de drogas/alcohol o juego**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.
- 4. Registros fechados:** para aclarar las fechas en que se publicarán las solicitudes de registros, o si una persona desea limitar la información compartida. Esta sección solo debe completarse si corresponde.
- 5. Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como por ejemplo un tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma su representante, se debe adjuntar su autoridad de custodia a este formulario.
- 6. Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o de abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; para divulgar datos sobre enfermedades transmitidas sexualmente o sobre control de natalidad no importa la edad; para la divulgación de información médica general debe tener 15 años o más.
- 7. Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de YCHHS a cargo de su caso. Usted puede quitar miembros de un equipo del formulario. Se le pedirá que solicite la cancelación por escrito. Una vez cancelada la autorización, no se podrá divulgar ni solicitar más información. YCHHS puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.