



Solicitud de servicios

Nombre:
Gráfico #:
Clínica:

Fecha: _____ Nombre de la persona: _____

Date of Birth: _____

¿Cuál es su preocupación? _____

Idioma principal: _____ Método de comunicación: _____

¿Se requiere traductor/intérprete? Sí NO ¿Necesita ayuda con la lectura o la escritura? SI NO

¿Cuál es la mejor manera de ayudarlo con la lectura o la escritura en su proceso de recuperación? _____

¿Necesita alguna tecnología de asistencia en el curso o en su tratamiento? SI NO

Identifique las necesidades de tecnología de asistencia: _____



Nuestro proceso de admisión dura aproximadamente 1 hora. Comenzaremos dentro de los 30 minutos

Seleccione su preferencia de reunión: Inicio/ MS Teams, tengo acceso a Internet En la clínica Solicitar otro

¿Usted o la persona que desea los servicios tiene pensamientos suicidas, pensamientos de lastimarse a sí mismo o pensamientos de lastimar a otra persona? SI NO

Número de Seguro Social: _____ Sexo: _____ Raza/Etnia: _____ Correo electrónico: _____

Dirección física: Condado _____ : _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono: _____ Alt. Teléfono: _____

Seguro: _____ Titular de la póliza: _____ Póliza #: _____

Situación laboral: tiempo completo tiempo parcial desempleado escolar/niño jubilado
Régimen de vivienda: casa propia casa familiar casa de un amigo hogar de ancianos sin hogar
 Otros: _____

Nivel más alto de educación completado: _____ ¿Matriculado actualmente? SI NO

¿Quién te refirió a nosotros? CPS Tribunal Libertad Condicional Libertad Condicional Escuela Otros: _____

¿Veterano? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué rama? Infantería de _____ Marina del _____ Ejército Fuerza Aérea Guardia Costera

Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación de contacto de emergencia: padre/tutor otro: _____

Dirección de contacto de emergencia: _____

Estatus Legal: Menor Menor con Tutor (Proporcione órdenes de tutela / corte para la custodia)
 Adulto con tutor Adulto sin tutor

Nombre de la Persona Responsable (o Tutor) si corresponde: _____

Dirección física de la persona responsable/tutor: _____

Dirección postal de la persona responsable/tutor: _____

Número de teléfono de la persona responsable/tutor: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: »Enumere cualquier alergia o precaución especial:

Nombre del cliente: _____ Fecha de finalización: _____

ACADEMIA AMERICANA DE
MÉDICOS DE FAMILIA

Necesidades sociales Herramienta de cribado

FORMULARIO DEL PACIENTE (versión corta)

Por favor, responda lo siguiente.

VIVIENDA

1. ¿Cuál es su situación de vivienda en la actualidad?
- No tengo vivienda (me estoy quedando con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque)
 - Hoy tengo vivienda, pero me preocupa perderla en el futuro
 - Tengo vivienda

2. Piensa en el lugar en el que Nosotros. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda)»
- Infestación de insectos
 - Moldear
 - Pintura con plomo o tuberías
 - Cicatrización inadecuada
 - El horno o la estufa no funcionan
 - Detectores de humo que no funcionan o que no funcionan
 - Fugas de agua
 - Ninguna de las anteriores

VÍVERES

3. En los últimos 12 meses, te preocupaba que tu comida se acabara antes de tener dinero para comprar más.
- A menudo es cierto
 - A veces es cierto
 - Nunca es cierto
4. En los últimos 12 meses, la comida que compraste simplemente no duró y no tenías dinero para conseguir más".
- A menudo es cierto
 - A veces es cierto
 - Nunca es cierto

TRANSPORTATION

5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? (marque todo lo que corresponda)»
- Sí, me ha impedido ir a las citas médicas o obtener medicamentos
 - Sí, me ha impedido ir a reuniones no médicas, citas, trabajar o conseguir cosas que necesito
 - No

UTILIDADES

6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?
- Sí
 - No
 - Ya apagado

SEGURIDAD PERSONAL

7. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, te lastima físicamente?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - bastante frecuencia
 - Frecuentemente
8. Fluye a menudo ¿Alguien, incluida la familia, te insulta o te habla con desprecio?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente
9. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, te amenaza con hacerte daño?
1. Nunca
 2. Raramente
 3. A veces
 4. Con bastante frecuencia
 5. Frecuentemente

10. Fluye a menudo ¿alguien, incluida la familia, te grita o te maldice?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente

ASISTENCIA

11. ¿Te gustaría que te ayudaran con alguna de estas necesidades?
- Sí
 - No

Las preguntas 1-10 se reimprimen con permiso de la Academia Nacional de Ciencias, cortesía de National Academies Press, Washington, D.C.

REFERENCIA

1. Billioux A, Verlander K, Anthony S, y Alley D. Academia Nacional de Medicina. Exámenes estandarizados para la salud. Necesidades sociales relacionadas en entornos clínicos: la herramienta de detección de comunidades de salud responsables. National Academies Press. Washington, D.C. <https://nam.edu/AvP-content/uploads/2017/05/Standardized-Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Setting.pdf>. Último acceso: 14 de noviembre de 2017.

RENUNCIA

Donnod el uso del lote de estos townies en los lugares de trabajo, sistemas de salud, y Minerales anales en ñame cuernuney.

"Re beeyONt Royal metal" presentado por la Amnion Academie (Fan), Itysidarts (AMP) El lvecyCM lkicied es una marca comercial pemdingreesieved d die AMP Sy dowelooding cualquiera de estos retiros. yangoe thci el MI+ es el MON de la l- vrAONI Proed matetiab y Oa que usas todos los l velyON, Reject maaridswigony teuxd lot the euposes ol eduction and adrancitv teeth entity in evccY conEnaitY. Los materiales del proyecto yeritXE deben ser rrioditfxd h arry ray y pueden nal te usado13 rancias a implicar que los AAFirs "Sumner/ el cualquier bien a salve.

HOP/091665

The EveryONE Project'
AdicociAR health may in Wiry eammureiy



Nombre del cliente adulto (menores de 18 años, ver reverso): _____ Fecha de finalización: _____

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
(Use "sr para indicar su respuesta")

	iEn	mitad de días	Más cada los días	de la día
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: ser tan torpe o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si **marcaste** = problemas, ¿qué tan difícil te han dificultado estos problemas para hacer tu **trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?**

No es difícil en todo

Algo difícil

Muy difícil

Sumamente difícil

Cuestionario de la salud del paciente adolescente PHQ-A

Profesional
Nombre: _____ clínico: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Durante las últimas **dos semanas**, ¿con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma escribe una "X" en la casilla debajo de la respuesta que mejor describa cómo te sientes.

	(0) Nunca	(1) Varios días	(2) Más de la mitad de los días	(3) Casi todos los días
1. ¿Te sientes desanimado, deprimido, irritado o sin esperanza?				
2. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?				
3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido o duermes demasiado?				
4. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?				
5. ¿Te sientes cansado o con poca energía?				
6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia?				
7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?				
8. ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? O de lo contrario, ¿estás tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado?				
9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quieres hacerte daño?				

En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun si te has sentido bien algunas veces?
 Sí No

Si estás pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿cuánta **dificultad** te han ocasionado estos problemas para hacer tu trabajo, ocuparte de tus labores en casa o llevarte bien con los demás?
 Ninguna dificultad Algo de dificultad Mucha dificultad Extrema dificultad

En el **último mes**, ¿ha habido algún momento cuando has pensado seriamente en terminar con tu vida?
 Sí No

En **ALGÚN** momento en tu VIDA, ¿has tratado de matarte o suicidarte?
 Sí No

Solamente para uso de oficina:
Office use only:

Severity score:

Cuestionario CAGE-AID adaptado para incluir drogas

Fecha: ____ / ____ / ____

1. ¿**Alguna vez** ha sentido que debería disminuir o reducir su uso de alcohol y/o drogas?

Alcohol: SÍ ____ NO ____

Uso de Drogas: SÍ ____ NO ____

2. ¿Se ha sentido **alguna vez** molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?

Alcohol: SÍ ____ NO ____

Uso de Drogas: SÍ ____ NO ____

3. ¿**Alguna vez** se ha sentido culpable debido al uso de alcohol y/o drogas?

Alcohol: SÍ ____ NO ____

Uso de Drogas: SÍ ____ NO ____

4. ¿**Alguna vez** ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios o ayudarlo con la resaca)?

Alcohol: SÍ ____ NO ____

Uso de Drogas: SÍ ____ NO ____

Tabulacion

Puntuación: Total de respuestas "SI": _____

Determinación positiva = Puntuación de 1 o más.

Reprinted with permission from the Wisconsin Medical Journal. Brown, R.L., and Rounds, L.A. Conjoint screening questionnaires for alcohol and drug abuse. Wisconsin Medical Journal 94:135-140, 1995.

Autorización y Asignación de Beneficios

Fecha de evaluación: _____

Me niego a dar información: Sí o No

Tengo cobertura de seguro: Sí o No

Tengo las siguientes coberturas de seguro: _____

Autorizo el pago de los beneficios del seguro de mi proveedor de seguros externo u otra organización por todos los servicios cubiertos proporcionados por HCMHDDC: Sí o No

Autorizo a HCMHDDC a divulgar o recibir información necesaria con el fin de procesar reclamaciones y asegurar el pago. Sí o no

Entiendo que puede haber servicios que se me proporcionen, pero mi proveedor de seguros de terceros no lo hará.

cobertura como un beneficio y no pagará. Entiendo que soy responsable del pago: Sí o No

Me han informado que mi seguro de terceros puede considerar a Hill Country MHDDC como "Fuera de la red" y puede estar sujeto a los términos de mi contrato de seguro. Sí o no

Información general y consentimientos

Autorizo a HCMHDDC a comunicarse con la SSA para verificar la elegibilidad y los beneficios relacionados con los programas de SSI, SSDI, Medicaid y Medicare.: Sí o No

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Formulario de Evaluación Financiera y la escala mensual de capacidad de pago con el monto máximo a pagar indicado.: Sí o No

He recibido una copia del folleto de derechos: Sí o No

La información en el recuadro debe ser completada por el personal apropiado de HCMHDDC.

Se ha evaluado que el MMF o la Capacidad Máxima de Pago de mi familia es: \$ _____

Persona del personal para discutir la información:

Número de teléfono del personal:

Recepción de Aviso de Práctica de Privacidad

Fecha de evaluación:

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Hill Country MHDD Centers.

Sí o no

Oportunidad de registrarse para votar

Fecha de evaluación: _____

¿Está registrado para votar?: Sí No No puedo votar

¿Quieres registrarte para votar?: Sí No

Entregue la Tarjeta de Registro Personal de Votante o regístrese en el sitio web.

<https://vrapp.sos.state.tx.us/index.asp>

Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le brindarán los CENTROS DE MHD DEL CONDADO DE HILL.

Podemos ayudarlo a completar el formulario de solicitud de registro de votante. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado y enviarlo usted mismo.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, y su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar. Puede presentar una queja ante la División de Elecciones de la Secretaría de Estado, P.O. Box 12060, Austin TX 78711 1-800252-8683.

Si se niega a registrarse para votar, esta decisión permanecerá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes. Si decide registrarse para votar, la información sobre la oficina a la que se presentó la solicitud permanecerá confidencial y solo se utilizará para fines de identificación de votantes.

Consentimiento para servicios de telesalud

Para satisfacer las necesidades de la población de la comunidad, los servicios hospitalarios y de atención sanitaria están ahora disponibles mediante comunicación interactiva por vídeo y/o transmisión electrónica.

Me han pedido que participe en una consulta de telesalud. Esto se hará con uno de los proveedores de los Centros MHDD de Hill Country. El propósito es evaluar mi condición médica. Esto se hace a través de un enlace bidireccional de audio/video con un proveedor de atención médica en una ubicación remota. Debo dar mi consentimiento informado para participar.

Entiendo que el proveedor estará en un lugar diferente al mío. Es posible que un proveedor de atención médica adicional esté presente conmigo en la habitación durante el tratamiento.

Se me informará si algún personal adicional va a estar presente conmigo en la habitación o en la habitación en la ubicación del proveedor.

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Los Centros MHDD de Hill Country no retendrán el tratamiento, los beneficios de Medicaid o el procesamiento de pagos si me niego a firmar. Recibiré una copia de esta autorización firmada.

Entiendo que tengo derecho a acceder a mi historial médico, exámenes, pruebas, fotografías u otras imágenes relacionadas con mi tratamiento.

Entiendo que la consulta se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por Hill Country MHDD Centers. El proveedor puede almacenar o retener mi información médica para cumplir con los requisitos de retención de registros estatales o federales aplicables.

Entiendo que tengo derecho a ser informado y a oponerme a la grabación en video u otra grabación de este tratamiento.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización. Para revocar, mi representante o yo debemos entregar una declaración escrita, firmada por mi representante o por mí, a la organización o instalación donde di mi autorización, proporcionando la fecha y el propósito de mi intención de revocar. Mi revocación entrará en vigor en la fecha en que la organización/instalación la reciba, excepto en la medida en que la organización ya haya confiado en mi autorización.

Reconozco que Hill Country MHDD Centers ha explicado el servicio de tratamiento de telesalud de manera satisfactoria y que todas las preguntas que he hecho sobre este servicio han sido respondidas a mi satisfacción. Esta autorización es válida por un año a menos que sea revocada.

Revisión de Derechos y Consentimiento para Evaluación y Servicios

I. Los Centros de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Hill Country (HCMHDDC) ofrecen evaluaciones de salud mental y determinación de discapacidad (DID) y tratamiento a personas calificadas que solicitan servicios.

II. Usted tiene los siguientes derechos, ya sea que consienta la evaluación o el tratamiento.

1. Tiene derecho al consentimiento informado, o el derecho a ser informado del beneficio previsto o de los posibles riesgos.
2. Usted tiene derecho a rechazar el tratamiento o los servicios.
3. Usted tiene el derecho de revisar, hacer preguntas y ofrecer sugerencias relacionadas con su

mental

Servicios de salud.

4. Usted tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios de salud mental.
5. Usted tiene derecho a revisar sus registros de salud mental a menos que exista una justificación clínica para prohibir una revisión solicitada. Todas las revisiones de registros deben ser por escrito.
6. Usted tiene derecho a recibir una copia por escrito de sus derechos como individuo en los servicios.

III. Tiene derecho a ser informado sobre la naturaleza o el motivo de la evaluación y el tratamiento, así como sobre las opciones que podrían estar disponibles además del tratamiento o los servicios recomendados.

NOTA: El consentimiento informado no significa que usted esté dando su consentimiento para la divulgación de información, sin embargo, puede haber situaciones en las que la información sobre su salud mental o servicios pueda divulgarse a otras partes interesadas sin su consentimiento. La divulgación de información cumplirá con las leyes estatales y federales.

Consentimiento para la evaluación y los servicios

Se me ha informado sobre mis derechos a dar mi consentimiento o a no dar mi consentimiento para la evaluación, el tratamiento o los servicios.

Se me ha informado sobre mis derechos a dar mi consentimiento o a no dar mi consentimiento para la evaluación, el tratamiento o los servicios.

Acepto recibir y participar en tratamientos y servicios de salud mental o IDD.

Entiendo que tengo la responsabilidad de cumplir con todas las citas programadas con el personal de la clínica. A menos que ocurra una emergencia imprevista, avisaré con al menos 24 horas de anticipación antes de cancelar cualquier cita en la clínica. Entiendo que si falto a 2 citas consecutivas sin avisar con 24 horas de anticipación, mi caso puede ser revisado por el personal clínico para una posible autorización de los servicios clínicos. Si mi caso se cierra, recibiré una carta en la que se me notificará que todos los servicios, incluidos los medicamentos, se han suspendido.

Entiendo y se me ha informado que tengo derecho a apelar las decisiones de negar, cancelar o reducir los servicios, entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos como individuo en los servicios, puedo pedir aclaraciones al personal o al Oficial de Protección de Derechos, y que mis derechos serán revisados conmigo anualmente.

Oficial de Protección de Derechos

819 Water Street, Suite 300
Kerrville, Texas 78028
830.792.3300 x2066

Derechos de las Personas con Discapacidad
de Texas

7800 Shoal Creek Blvd
Austin, Texas 78757
512.374.0755

Evaluación Financiera

- Fecha de evaluación: _____
- Número de miembros de la familia:
- Número de miembros de la familia que reciben servicios:

Income

- Frecuencia de Ingresos de Empleo del Cliente: _____
- Frecuencia de Ingresos de Empleo del Cliente: SSI Frequency: Weekly, Bi-Weekly, Monthly, or annual salary.
- Monto de SSI \$: _____
- Frecuencia de SSDI: salario semanal, quincenal, mensual o anual.
- Monto de SSDI \$: _____
- Frecuencia de Soc Sec: Salario semanal, quincenal, mensual o anual.
- Cantidad de Soc Seg \$: _____
- Frecuencia de empleo del cónyuge: salario semanal, quincenal, mensual o anual.
- Monto del Emp del Cónyuge \$: _____
- Frecuencia de empleo de los padres: salario semanal, quincenal, mensual o anual.
- Monto de Empleo de los Padres \$: _____
- Frecuencia de otros ingresos: salario semanal, quincenal, mensual o anual.
- Monto de otros ingresos \$: _____

Gastos excepcionales

- **Gastos Médicos Mayores Semanales, Quincenales, Mensuales: \$**
- **Gastos de Accidentes Mayores Semanal, Quincenal, Mensual: \$**
- **Gastos de cuidado de niños semanales, quincenales, mensuales: \$**