



Formulario de Admisión para los Servicios de Salud Mental

Información de Paciente

Fecha Admisión: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Número de teléfono del hogar: _____ Del Celular: _____ Género: M F Fecha de Nacimiento: _____ Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/aRaza: _____ Ingreso Anual estimado: _____ Tamaño del Hogar: _____ Seguro de Salud: Y N

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____

Breve descripción por la cual quiere se visto/a:

Información de Tutor Legal/Información de Padres

 Propia (Si no es aplicable, por favor omita esta sección)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Primario

Nombre del Seguro: _____ # de Póliza _____ # de Grupo _____

Nombre de Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # S.S.: _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro: _____ # de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Nombre de Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # S.S.: _____

Proveedor: _____ Fecha/hora: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE: Autorizo a Caridades Católicas y sus agentes y contratistas para ponerse en contacto conmigo por teléfono, correo electrónico o carta sobre pago por servicios. Tengo entendido que las llamadas efectuadas a mi teléfono celular u otros dispositivos inalámbricos, puede resultar en cargos para mí según mi servicio telefónico.

Solicito que el pago de Medicaid autorizado u otros beneficios del pagador sean hechos en ni nombre al terapeuta por cualquier servicio ofrecido a mí en esta instalación, al dares cuenta que yo soy responsable de pagar los servicios no cubiertos. También autorizo al terapeuta a divulgar cualquier información médica a los centros de servicios Medicare y Medicaid, y sus agentes u otros pagadores autorizados necesarios para determinar los beneficios a pagarse por servicios relacionados. Esta autorización está en efecto hasta que yo decida revocar o, en el caso de un menor, el menor se convierte responsable legalmente de sí mismo.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO PLENAMENTE LO ANTERIOR Y QUE SOY COMPETENTE PARA EJECUTARLO O AUTORIZADO A EJECUTARLO EN NOMBRE DE OTRO.

Firma: _____ Fecha: _____

(Si lo firma alguien más que no sea el paciente, por favor establezca la relación la cual le da autorización a firmarlo)

 Padre Tutor Legal

Coordinador de Admisión: _____ Fecha: _____

Revisado Por: _____ Fecha: _____

(Solamente para uso de Facturación)



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Derechos y Responsabilidades

Busco voluntariamente los servicios de Caridades Católicas. Estos servicios pueden incluir una evaluación inicial, servicios de apoyo, servicios individuales, de grupo, conjuntos y/o familiares. **Al buscar estos servicios, entiendo lo siguiente:**

- Un plan eficaz de tratamiento sólo se puede desarrollar a través de mi participación activa, entendimiento y aprobación. Mi firma en el plan verifica mi participación, entendimiento, y aprobación.
- Mi tratamiento serán conducido por profesionales capacitados y entrenados.
- Si tomo cualquier medicamento recetado por un profesional médico que no sea afiliado a Caridades Católicas, cualquier pregunta acerca de los riesgos y efectos secundarios necesitan ser tratados por ese médico.
- Puedo pedir la opinión de un consultor o puedo pedir información acerca de otros métodos de servicio de alternativa en cualquier momento.
- Tengo tanto derechos como responsabilidades como cliente de Caridades Católicas. He recibido una copia del Aviso de reglamentos de Confidencialidad de Caridades Católicas.
- Tengo la responsabilidad de estar alerta y de poder participar en los servicios, o sea, no estar bajo los efectos de ninguna sustancia embriagante al participar.
- Tengo la responsabilidad de hablar y comportarme de una manera consistente con las normas de conducta generalmente aceptadas.
- Tengo la responsabilidad de procurar que la conducta de mi(s) hijo(s) no moleste a los demás, si opto por traérmelos.
- Mi terapeuta/consejero tiene el mandato bajo la ley del Estado de Wisconsin (Sección 48.981) a reportar cualquier actividad o creencia sospechosa, en la cual se crea que un niño(a), ha sido abusado(a), descuidado(a), y/o amenazado(a) con ser lastimado, durante el transcurso del tratamiento. Este reporte será hecho al Departamento de Servicios Sociales y de Salud del condado, esta agencia es responsable de investigar cualquier y todos los reportes de esta naturaleza.
- Si mi terapeuta/consejero, en su opinión profesional, cree que soy un peligro para los demás, tiene la obligación de advertir del posible riesgo. Si el personal cree que estoy en peligro de suicidarme, tiene la obligación de avisarle a mi familiar más íntimo, por mi propia seguridad y bienestar.

También estoy de acuerdo con las siguientes prohibiciones:

- Estoy enterado de las consecuencias y beneficios del tratamiento, incluyendo pero no limitado a los efectos secundarios o riesgos secundarios de un medicamento.
- Estoy enterado de tratamientos alternativos.
- Entiendo que puede haber consecuencias si no se recibe un tratamiento.
- Estoy enterado de que Caridades Católicas puede utilizar y divulgar la información protegida acerca de mi salud para los propósitos de tratamiento/servicios, pago, y operaciones como se identifica en el Aviso de Reglamentos de Confidencialidad de Caridades Católicas en cumplimiento de los Reglamentos de Privacidad de HIPPA.
- Estoy enterado de que Caridades Católicas puede divulgar y discutir la información y condición de mi(s) cuidado/tratamiento con los siguientes individuos identificados:(identifique todos los que sean pertinentes).
__Cónyugue __Padre __Abuelo __Hijos Mayores __ Hermano/a __Dador de Cuidado

A menos que se indique lo contrario, este consentimiento es efectivo hasta _____.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del cliente/Padre/Tutor/Representante

Fecha

Firma del personal de Caridades Católicas

Fecha



Fecha de Inicio: 25 de Enero, 2005

**CARIDADES CATÓLICAS DE LA ARQUIDIÓCESIS DE MILWAUKEE, S.A. de C.A.
RESUMEN DE AVISO DE REGLAMENTOS DE CONFIDENCIALIDAD**

Este Aviso le dará información básica sobre los derechos de Caridades Católicas de utilizar y revelar información médica. Esta información está presentada en detalle en el Aviso de Reglamentos de Confidencialidad de Caridades Católicas que ha sido proporcionado a usted.

FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE

La ley exige que tenemos que asegurarnos que la información médica y la información sobre nuestros servicios que lo identifican se quedan confidenciales; de otorgarle este aviso de nuestros deberes y nuestros reglamentos de confidencialidad con respecto a toda su información; y de seguir nuestro Aviso de Reglamentos de Confidencialidad que actualmente está en vigor.

El uso y divulgación sin autorización por escrito

- Para planificar y proveer servicios para usted (tratamiento/entrega de servicio).
- Para obtener el pago de servicios proveídos a usted (por ejemplo, para pagarle a una tercera persona)
- Para cumplir los requisitos de administración de nuestra agencia (por ejemplo, cuando hacemos una auditoria de su archivo para asegurarnos que este completo o para asegurarnos de que nuestros servicios sean apropiados para usted, etc.)
- Cuando Caridades Católicas está permitido o requerido por: ley (por ejemplo, en casos de abuso); por una autoridad del Departamento de Salud (por ejemplo, el requisito de reportar ciertas enfermedades); para evitar una amenaza hacia la salud o seguridad (por ejemplo, si una persona está dispuesta a lastimarse a sí misma o a otros); o, por alguna otra agencia gubernamental (por ejemplo, para ser elegible para beneficios de compensación para trabajadores).

No se menciona todos los usos en las categorías antedichas, pero cualquiera de las maneras en las cuales Caridades Católicas se permite usar y divulgar la información privilegiada, que sea médica o la información sobre nuestros servicios, sin su autorización, caerán bajo una de las categorías antes mencionadas.

Cualquier otro uso o divulgación de su información privilegiada, que sea médica y sobre nuestros servicios, necesitará su autorización por escrito. Usted podrá por escrito terminar el uso de su autorización en cualquier momento.

Sus derechos sobre su información médica y servicios protegidos

- ❑ De pedir una copia de su información privilegiada, que sea médica y sobre nuestros servicios para que la inspeccione (por ejemplo, esto puede incluir información sobre nuestros servicios o sus facturas, pero no incluye los apuntes de psicoterapia.
- ❑ De pedir que se hagan enmiendas a la información médica y sobre nuestros servicios que usted cree que está incorrecta o incompleta.
- ❑ De pedir que se restrinja o limite su información médica y sobre nuestros servicios que usamos o divulgamos (por ejemplo, a un miembro de su familia que está encargado de sus cuidados o del pago de sus servicios)



Fecha de Inicio: 25 de Enero, 2005

**CARIDADES CATÓLICAS DE LA ARQUIDIOCESIS DE MILWAUKEE, S.A. de C.A.
RESUMEN DE AVISO DE REGLAMENTOS DE CONFIDENCIALIDAD**

Este Aviso le dará información básica sobre los derechos de Caridades Católicas de utilizar y revelar información médica. Esta información está presentada en detalle en el *Aviso de Reglamentos de Confidencialidad* de Caridades Católicas que ha sido proporcionado a usted.

FAVOR DE REVISARLO CUIDADOSAMENTE

La ley exige que tenemos que asegurarnos que la Información médica y la información sobre nuestros servicios que lo identifican se quedan confidenciales; de otorgarle este aviso de nuestros deberes y nuestros reglamentos de confidencialidad con respecto a toda su información; y de seguir nuestro *Aviso de Reglamentos de Confidencialidad* que actualmente está en vigor.

El uso y divulgación sin autorización por escrito

- Para planificar y proveer servicios para usted (tratamiento/entrega de servicio).
- Para obtener el pago de servicios proveídos a usted (por ejemplo, para pagarle a una tercera persona)
- Para cumplir los requisitos de administración de nuestra agencia (por ejemplo, cuando hacemos una auditoria de su archivo para asegurarnos que este completo o para asegurarnos de que nuestros servicios sean apropiados para usted, etc.)
- Cuando Caridades Católicas está permitido o requerido por: ley (por ejemplo, en casos de abuso); por una autoridad del Departamento de Salud (por ejemplo, el requisito de reportar ciertas enfermedades); para evitar una amenaza hacia la salud o seguridad (por ejemplo, si una persona está dispuesta a lastimarse a sí misma o a otros); o, por alguna otra agencia gubernamental (por ejemplo, para ser elegible para beneficios de compensación para trabajadores).

No se menciona todos los usos en las categorías antedichas, pero cualquiera de las maneras en las cuales Caridades Católicas se permite usar y divulgar la información privilegiada, que sea médica o la información sobre nuestros servicios, sin su autorización, caerán bajo una de las categorías antes mencionadas.

Cualquier otro uso o divulgación de su información privilegiada, que sea médica y sobre nuestros servicios, necesitará su autorización por escrito. Usted podrá por escrito terminar el uso de su autorización en cualquier momento.

Sus derechos sobre su información médica y servicios protegidos

- ❑ De pedir una copia de su información privilegiada, que sea médica y sobre nuestros servicios para que la inspeccione (por ejemplo, esto puede incluir información sobre nuestros servicios o sus facturas, pero no incluye los apuntes de psicoterapia.
- ❑ De pedir que se hagan enmiendas a la información médica y sobre nuestros servicios que usted cree que esta incorrecta o incompleta.
- ❑ De pedir que se restrinja o limite su información médica y sobre nuestros servicios que usamos o divulgamos (por ejemplo, a un miembro de su familia que está encargado de sus cuidados o del pago de sus servicios)

- De pedirle a Caridades Católicas que le comunique sobre sus asuntos médicos o de su servicio en la manera o en el lugar que usted escoge (por ejemplo, usted puede pedir que se le comunique a su trabajo o por correo)

Para pedir uno de los antedichos, su petición deberá ser por escrito. Caridades Católicas no está obligado a cumplir su petición. Si Caridades Católicas está de acuerdo con su petición, se aceptará, a menos que la información sea necesaria para proveerle tratamiento de emergencia o sea requerida o permitida por ley que sea divulgada.

Derechos adicionales

- De pedir información sobre las veces que nosotros divulgamos su información privilegiada, que sea médica y sobre nuestros servicios, que no fue por razones de su tratamiento, sus pagos o un requisito de administración de Caridades Católicas, o que fue hecha sin su autorización por escrito, o si una divulgación fue hecha directamente a un paciente y/o cliente, o divulgaciones que no son permitidas por ley de divulgar sin notificarle.
- De pedir una copia por escrito del Aviso de Reglamentos de Confidencialidad de Caridades Católicas.
- De presentar una queja en cualquier momento que usted sienta que sus derechos de confidencialidad han sido violados. (Nadie se molestará con usted y nada le pasará si usted presenta una queja.)

TODAS SUS PETICIONES O QUEJAS DEBERÁN SER POR ESCRITO. MANDE SUS PETICIONES O QUEJAS A CARIDADES CATÓLICAS AL:

**Sub-Director (Director del Departamento de Asuntos Confidenciales)
Caridades Católicas, P.O. Box 070912, Milwaukee, WI 53207-0912**

REVISIONES AL AVISO DE REGLAMENTOS DE CONFIDENCIALIDAD

Reservamos el derecho de revisar este aviso. Reservamos el derecho de poner en vigor el aviso que haya sido revisado o al cual se le hayan hecho cambios para uso de la información que ya tengamos de usted y para que la que recibamos en el futuro. Se publicará una copia del aviso que este en vigor en todas las oficinas de Caridades Católicas. El aviso tendrá la fecha en la cual se puso en vigor sobre la primera página, en la esquina a la mano derecha. Cada vez que usted se registre o sea ingresado a Caridades Católicas para obtener servicios, usted puede pedir una copia del aviso que este en vigor.

YO HE SIDO PROPORCIONADO UNA COPIA DEL RESUMEN DE AVISO DE REGLAMENTOS DE CONFIDENCIALIDAD Y UN AVISO DE REGLAMENTOS DE CONFIDENCIALIDAD DE CARIDADES CATÓLICAS.

Firma

Fecha

Firma negada _____
(Firma de personal de Caridades Católicas)

Fecha: _____



CONTRATO DE PAGO POR SERVICIO (Seguro o pago privado)

Cómo cliente del programa de consejería de Caridades Católicas, entiendo que hay un cobro requerido por el servicio.

También entiendo lo siguiente:

- La visita de evaluación inicial es de un tiempo de 90 minutos, con un cobro de \$190.00
- Todas las demás sesiones son de un tiempo de 60 minutos, con un cobro por sesión de \$145.00
- Si tengo seguro médico de cualquier tipo que pueda pagar por los costos del servicio, yo debo proveer la información de mi seguro médico antes de hacer una cita. También soy responsable de pagar mi co-pago y cualquier deducible.
- En el caso de que el reclamo de cobro sea negado, será mi responsabilidad pagar por el servicio.
- Si no tengo cobertura de seguro médico, mi responsabilidad de pago será de acuerdo con una escala de tarifas ajustable acorde a mis ingresos, en lugar del costo estándar del servicio. Entiendo que esto es posible gracias a los fondos recibidos por agencias locales como United Way, la Colecta para administración católica y otros donantes individuales que ayudan a la agencia.
- Mi tarifa en la escala de pago, se basa en el total de mis ingresos anual, y en el número de familiares dependientes menores de 18 años de edad. Yo soy responsable de informar a Caridades Católicas sobre cualquier cambio en ingresos, tamaño de familia o cobertura de seguro.

El ingreso anual de mi familia es de: _____

El tamaño de mi familia es de: _____

Mi cobro bajo la tarifa en escala es de: _____

Mi co-pago es de: _____

También entiendo y estoy de acuerdo en las siguientes prohibiciones:

- Pagare el cobro correspondiente antes de cada sesión
- Pagare el cobro de \$15.00 por cada cheque regresado con fondos insuficientes
- Informare a Caridades Católicas sobre cualquier cambio en mis ingresos, dirección, número de teléfono, y estatus de seguro médico, en cuanto me entere de estos cambios.

Este contrato de pago es efectivo por un año desde el día que este sea firmado, a menos que haya algún cambio o circunstancia que afecte mi elegibilidad. Este contrato será, entonces, terminado en _____

Firma del Cliente

Fecha

Representante de la Agencia

Fecha

Revisado 06/2017



Evaluación de la Salud

Nombre de Cliente: _____ Consejero/a: _____

Edad: _____ Genero: _____ Estado Civil: _____

Médico de atención primaria: _____

Por favor elija de las condiciones siguientes las que haya tenido o tenga ahora.

Diabetes		Desórdenes de la vista	
Problemas de riñón		Dolor en las articulaciones	
Problemas de hígado		Dolores del cuerpo	
Migrañas / dolores de cabeza		Desorden del sueño	
Problemas de estómago		Abuso del alcohol	
Problemas intestinales		Abuso de Drogas	
Cáncer		Fumar	
Desórdenes de piel		Autolesiones o pensamientos de suicidio	
Alergias		Otro	

1. ¿Su familia tiene un historial de cualquier enfermedad, dolor u otra condición? Sí ___ No ___

Describir: _____

2. ¿Con qué frecuencia visita un doctor para un chequeo de salud regular?

Casi Nunca ___ Cada 6 meses ___ Cada 3 meses ___ Cuando es necesario ___

3. ¿Está tomando algún medicamento? Si la respuesta es sí, por favor explique

4. ¿Hace ejercicio regularmente?

5. ¿Se consideras una persona sana?

Firma

Firma del cliente, Padre/Tutor Legal (cliente menor)

Fecha: