

Otro

Etnicidad:

Hispano o Latino

No Hispano o Latino

Elegibilidad para Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)

No aplicable

Pago elegible y receptor

Elegible pero no recibe el pago

Potencialmente elegible

Determinado como inelegible por revisión y decisión

Decisión de determinación sobre apelación

ESTATUS MILITAR	Sin servicio	Servicio activo	Reservas
Guardia Nacional	¿Está sirviendo actualmente?		Sí No
SUCURSAL (Marque todos los que correspondan)		Ejército	Fuerza Aérea
Marina	Cuerpo de Marines	Guardia Costera	
CONSUMO DE TABACO O NICOTINA:	Nunca usado	Ha utilizado/no es	
usuario actual	Usuario ocasional	Usuario habitual	
Uso de tabaco sin humo			

¿USTED O UN TUTOR/FAMILIAR CERCANO TRABAJA EN ALGUNA INDUSTRIA RELACIONADA CON LA AGRICULTURA? COMO LA AGRICULTURA, GANADERÍA, LÁCTEOS, COSECHAS PERSONALIZADAS, SUMINISTROS AGRÍCOLAS O VENTAS DE EQUIPOS, ¿ETC.?

	Sí	No
--	----	----

IDIOMA PRIMARIO:

AFILACION RELIGIOSA/ESPIRITUAL:

¿Está trabajando?

¿Cuál es su ocupación?

Si no, ¿está interesado en trabajar/buscar empleo? Sí No

Nivel de educación más alto completado:

Historia reciente de la situación actual

¿Quién lo refirió a nosotros?

Por favor, describa los problemas que le preocupan:

¿Desde hace cuánto tiempo le ha estado preocupando esto?

¿Antecedentes familiares de enfermedad mental? Sí No (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, etc.) En caso afirmativo, por favor explicar:

¿Antecedentes familiares de abuso de sustancias? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Ha experimentado algún abuso y/o negligencia actual o pasada? (Víctima o Perpetrador) Sí No No estoy seguro

En caso afirmativo, sírvase explicar:

¿Ha experimentado algún problema actual o pasado con el consumo de alcohol u otras sustancias? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar:

Medicamentos actuales/dosis:

Salud actual y condiciones médicas de salud:

Por favor, liste todo el tratamiento PREVIO (salud mental y / o abuso de sustancias) que haya recibido (incluyendo todas las instalaciones de High Plains MHC). Facilidad, Ubicación (ciudad y estado), tipo de atención (Paciente hospitalizado, ambulatorio, uso de sustancias), Fechas (si se conocen)?

Por favor, liste todas las alergias a medicamentos y reacciones adversas que este joven ha tenido a los medicamentos:

Nombre del medicamento:

Tipo de reacción adversa:

Nombre del Médico/Clinica de Atención Primaria:

En caso de emergencia, ¿a quién podemos notificar?

Nombre:

Relación:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono de la casa:

Teléfono del trabajo

Formulario completado por:

Solo para uso en Oficina:

Revisado por:

Iniciales para adiciones:

Fecha:

Reporte de estado del cliente inicial de adultos

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Estado educativo actual:

- Asiste a la universidad (1-6 horas)
- Asiste a la universidad (7 o más horas)
- Asiste a la escuela vocacional o aprendizaje, programa vocacional, (capacitación CNA)
- Habilidades educativas básicas
- Trabaja en el inglés como segundo idioma
- Trabajando en GED
- Sin participación educativa
- Otros (especifique:))
- Exploraciones pre educativas
- Participación educativa vocacional

Estado vocacional actual:

- Sin actividad vocacional
- Actividad prevocacional
- Selección y evaluación de intereses y habilidades vocacionales
- Búsqueda activa de empleo
- Participa en un programa de trabajo protegido / empleo protegido
- Empleados en empleos de transición
- Participa en actividades de voluntariado en curso
- Cualquier persona que permanezca en casa para cuidar a niños u otras personas
- Cualquier trabajo o conjunto de trabajos que requieran MENOS de 30 horas por semana
- Cualquier trabajo o conjunto de trabajos que requieran MÁS de 30 horas por semana
- Otro (Especifique:)
- Jubilado

Arreglo residencial actual:

- Asilo
- NFMH
- Hogar de grupo
- Casa de huéspedes
- Vive con familiares – DEPENDIENTE
- Vive con familiares -- INDEPENDIENTE
- Programa de Vivienda Supervisada
- Vida independiente
- Otros (especifique:)
- Precariamente alojado
- Sin hogar

Formulario completado por:

Fecha:

PÁGINA DE FIRMA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Mi firma a continuación indica que el plan de tratamiento fechado _____ ha sido discutido conmigo y que he estado involucrado en su desarrollo.

Firma del paciente o del representante:

Fecha:

TARIFA Y ACUERDO DE PAGO

AUTORIZACIÓN DE SEGUROS Y ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:
Seguro Social #: Fecha de entrada:
Dirección del paciente: Ciudad Estado Código Postal:
Persona Responsable: Relación:
Fecha de Nacimiento: Seguridad Social #:
Dirección postal: Ciudad Estado: Código Postal:
Teléfono celular: Teléfono residencial: Teléfono de trabajo:

Por favor, liste a los pagadores, incluidos, entre otros, **Seguros, Medicaid, EAP**. Liste el nombre del titular de la póliza y la fecha de nacimiento si no es el paciente.

Nombre del pagador: Nombre del titular de la póliza:
Nombre y fecha de nacimiento:

Solicito que se realice un pago en mi nombre al High Plains Mental Health Center por los servicios prestados, bajo la dirección médica de los médicos del Centro, durante el período de tratamiento que comenzó en la fecha anterior. Autorizo a High Plains Mental Health Center a divulgar a las entidades mencionadas anteriormente o a sus agentes, y a cada plan de seguro bajo el que tenga cobertura durante el curso del tratamiento, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Entiendo que el propósito de esta divulgación es determinar la elegibilidad y el pago de los servicios. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto para la información que ya se ha enviado. A menos que lo revoque antes, este consentimiento expirará cuando se hayan resuelto las reclamaciones por todos los servicios que se me han prestado.

Programa de Asistencia Médica de Kansas: Entiendo que soy responsable de los servicios no cubiertos que pueden incluir, entre otros: -servicios proporcionados cuando el consumidor no era elegible para Medicaid; el consumidor era elegible cuando se proporcionaron los servicios, sin embargo, no informé al proveedor de su elegibilidad para el Programa de Asistencia Médica de Kansas a tiempo; servicios que Medicaid no cubre, como comparecencias en la corte, conferencias telefónicas / terapia, servicios que exceden los beneficios permitidos de Medicaid y psicoterapia para pacientes cuyo único diagnóstico es retraso mental

VERIFIQUE UNO: COMPLETE ESTA SECCIÓN INCLUSO CUANDO TENGA SEGURO O UNA TARJETA MÉDICA

NO VIVO en el área de 20 condados atendida por High Plains Mental Health Center y entiendo que no soy elegible para una tarifa de escala móvil.

Vivo en el condado y deseo solicitar una tarifa de escala móvil basada en la información financiera que he proporcionado a continuación

Vivo en el condado y no deseo solicitar la tarifa de escala móvil. Estoy dispuesto a pagar la tarifa habitual y habitual por los servicios.

High Plains Mental Health Center

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Attn: Medical Records 208 E 7th Street Hays, KS 67601 Ph (785) 628-2871 Fax (785) 628-0330

Tipo de liberación (marque una o ambas):

Liberación para

Obtener de

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de teléfono:

Número de fax:

Por la presente autorizo la divulgación de la información verificada a continuación de los registros de:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

SSN (últimos 4 dígitos):

El tipo y la cantidad de información que se utilizará o divulgará es la siguiente:

Entrada/Admisión

Informes/Consultas de Progreso Verbales o Escritos

Seguros/Facturación

Informe de aprobación de la gestión

Historia clínica, resultados de laboratorio, rayos X

Documentación del diagnóstico

Evaluación Psicológica

Medicamentos

Otro

Plan de tratamiento

Todos mis registros de trastornos por uso de sustancias

Notas /informes verbales o escritos re: Evaluaciones de medicamentos /
Revisiones

Carta de notificación de la fecha de mi admisión y alta de los servicios

Todos los registros autorizados anteriormente pueden ser liberados a menos que las fechas reales de tratamiento se especifiquen aquí:

Se entiende que esta información será utilizada con el propósito de:

Evaluación

Tratamiento

Atención de seguimiento

Pago

Legal

Continuidad de la atención

Otros (especificar)

* Entiendo que mis registros pueden incluir información sobre el tratamiento de alcohol o drogas, pruebas de VIH, estado de VIH o SIDA.

* Entiendo que puedo revocar esta autorización verbalmente o por escrito en cualquier momento, excepto por cualquier información que ya haya sido enviada. A menos que la revoque antes, esta autorización expirará automáticamente noventa días después de la terminación de los servicios, a menos que se especifique lo contrario:

* Entiendo que la información utilizada o divulgada a cualquier entidad que no sea un plan de salud o proveedor de atención médica ya no puede estar protegida por las leyes federales de privacidad.

* Entiendo que High Plains Mental Health Center no condicionará el tratamiento a la firma de esta autorización.

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del Representante Legal:

Fecha:

Nombre impreso del firmante:

Relación:

** Aviso a quienquiera que se divulguen los registros: Estos registros están protegidos por las Regulaciones Federales (42 C.F.R. Parte 2) y los Estatutos de Kansas. Cualquier otra divulgación de esta información está PROHIBIDA.*

High Plains Mental Health Center

Consentimiento por correo electrónico/comunicación electrónica

High Plains Mental Health Center (HPMHC) desalienta el uso de correo electrónico y mensajes de texto para comunicarse sobre sus asuntos médicos porque no es un método seguro de comunicación, la información podría enviarse a la persona equivocada, puede no ser el método de comunicación más oportuno y depende de la tecnología que puede o no funcionar todo el tiempo. Sin embargo, hay casos en los que el correo electrónico y la comunicación de texto están permitidos.

Correo electrónico

Con su consentimiento, el correo electrónico se puede utilizar:

- Para que HPMHC me proporcione formularios y para que devuelva los formularios completados,
- Para proporcionarme recursos para ayudar en mi tratamiento,
- Para presentar los documentos necesarios de la oficina comercial (como documentos de seguros, copias de tarjetas de seguro, etc.).

Mensajes de texto

HPMHC utiliza los mensajes de texto para enviar confirmaciones de citas al día siguiente. Si no desea recibir confirmaciones de citas por mensaje de texto, podrá "excluirse" de este servicio respondiendo a la primera confirmación de mensaje de texto que reciba.

Con su consentimiento, los mensajes de texto también están permitidos para:

- Programar y cancelar horarios de citas con proveedores de servicios basados en la comunidad,
- Encuestas
- Reducir las barreras de comunicación en situaciones específicas pre aprobadas.

Entiendo que la comunicación por correo electrónico no debe usarse para emergencias o para comunicar información sensible al tiempo. En caso de una emergencia, debo llamar a HPMHC al (800) 432-0333 o al (785) 628-2871 o marcar el 911. Para comunicar información emergente o sensible al tiempo, debo comunicarme directamente con el consultorio de mi proveedor de atención médica.

Además, entiendo que la comunicación por correo electrónico y la comunicación de texto no deben usarse para ningún propósito adicional no descrito anteriormente. La comunicación debe ocurrir por teléfono, por escrito o hablando con mi proveedor de atención médica durante una sesión programada.

Entiendo que debido a situaciones fuera del control de HPMHC, el servicio de Internet y correo electrónico puede interrumpirse o no funcionar en un momento dado. HPMHC no es responsable de los fallos técnicos.

No compartiré, distribuiré, liberaré ni venderé la dirección de correo electrónico de mi proveedor de atención médica a nadie.

Entiendo que la comunicación por correo electrónico no es un sustituto de la atención médica y la evaluación. Debo concertar una cita en el consultorio para asegurar la atención adecuada.

Entiendo que debo proporcionar mi nombre completo y número de teléfono de contacto en todos los correos electrónicos.

Entiendo y acepto que mi proveedor puede enrutar mi correo electrónico a otros miembros del personal de HPMHC con fines informativos o para acelerar una respuesta. Autorizo a mi proveedor a enviar y designar personal dentro de HPMHC para recibir y leer mi correo electrónico.

Reconozco que los servicios de correo electrónico de uso común no son seguros y están fuera del requisito de seguridad establecido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico para la transmisión de información protegida. Por lo tanto, entiendo que existe el riesgo de que mi información de salud pueda ser obtenida por otras personas no afiliadas a mi proveedor. Autorizo a mi proveedor a comunicarse conmigo como se describe anteriormente por correo electrónico o mensajes de texto, aunque el correo electrónico y los mensajes de texto pueden no ser seguros y privados y pueden estar sujetos a pérdida o exposición.

Reconozco y acepto que mi proveedor de atención médica puede cancelar la comunicación por correo electrónico o texto en cualquier momento. Entiendo que soy responsable de notificar a HPMHC si decido interrumpir la comunicación por correo electrónico o texto o si mi dirección de correo electrónico o número de teléfono celular ha cambiado.

Yo apruebo no apruebo el correo electrónico como forma de comunicación para los fines descritos anteriormente.

Si se aprueba, proporcione la dirección de correo electrónico:

Yo apruebo no apruebo los mensajes de texto como una forma de comunicación para los fines descritos anteriormente. (Si no desea recibir mensajes de texto de confirmación de cita automatizados, se le pedirá que opte por no participar en ese sistema al recibir su primer texto de confirmación).

Si se aprueba, proporcione el número de teléfono celular:

Firma del cliente o Guardian:

Fecha:

Imprimir nombre:

Relación si no es cliente:

Supplemental Integrated Healthcare Patient Information Form for Individuals 12 and up

HPMHC proporciona servicios integrados de detección de atención médica y atención primaria a clientes de CCBHC. Nuestro objetivo es ayudar a nuestros clientes a mejorar la salud y el bienestar general. Por favor, tómese un minuto para responder a las siguientes preguntas para proporcionarnos una evaluación preliminar del riesgo de una variedad de factores como la diabetes, las enfermedades cardíacas, el VIH y la tuberculosis. ¡Su salud y bienestar son importantes para nosotros!

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Fecha que la forma fue llenada:

1. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

Sí	No	Diabetes
Sí	No	Problemas cardíacos (los ejemplos incluyen ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca congestiva, anomalías del ritmo, presión alta)

2. Marque Sí o No a las siguientes preguntas:

Sí	No	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han tenido otras parejas sexuales en el último año?
Sí	No	¿Alguna vez has tenido una enfermedad de transmisión sexual?
Sí	No	¿Está embarazada o está considerando quedar embarazada?
Sí	No	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) se ha inyectado drogas u otras sustancias y/o ha compartido agujas con otra persona?
Sí	No	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales con una pareja masculina que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre?
Sí	No	¿Alguna vez ha tenido relaciones sexuales con una persona infectada con VIH, hepatitis A, hepatitis B o hepatitis C?
Sí	No	¿Alguna vez te han pagado por sexo y/o has tenido relaciones sexuales con una prostituta/trabajadora sexual?
Sí	No	¿Ha compartido un cepillo de dientes, una maquinilla de afeitarse o cualquier otro artículo que pueda tener sangre (visible o no) con una persona que tiene VIH, hepatitis A, hepatitis B o hepatitis C?
Sí	No	¿Ha tenido un comportamiento que resulta en contacto de sangre a sangre (por ejemplo, tatuajes, perforaciones)?
Sí	No	¿Usted o su(s) pareja(s) sexual(es) han recibido una transfusión de sangre o productos sanguíneos antes de 1985?
Sí	No	¿Ha sido víctima de violación, violación en citas o abuso sexual?
Sí	No	¿Ha tenido una residencia temporal o permanente de más de un mes en un país con una alta tasa de tuberculosis?
Sí	No	¿Tiene una inmunosupresión actual o planificada?

Sí No	¿Es usted un contacto cercano con alguien que ha tenido una enfermedad infecciosa de tuberculosis desde la última prueba de tuberculosis?
Sí No	¿Alguna vez se ha inyectado drogas ilegales, incluidas aquellas que se inyectaron una o varias veces hace muchos años y no se consideran usuarios de drogas?
Sí No	¿Ha recibido concentrados de factor de coagulación producidos antes de 1987?
Sí No	¿Ha recibido sangre u órganos antes de julio de 1992?
Sí No	¿Le han notificado que recibió sangre de un donante que luego dio positivo para la infección por VHC?
Sí No	¿Alguna vez ha estado en hemodiálisis crónica?
Sí No	¿Ha tenido un nivel persistentemente anormal de alanina aminotransferasa (ALT)?
Sí No	¿Naciste de una madre con VHC positivo?
Sí No	¿Tiene infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?
Sí No	¿Ha tenido una lesión por pinchazo de aguja o exposición de la mucosa a sangre HCV positiva?

3. ¿Ha recibido las siguientes vacunas?

Sí No	COVID- 19
Sí No	Gripe
Sí No	Neumonía
Sí No	Hepatitis A
Sí No	Hepatitis B
Sí No	Culebrilla

4. ¿Qué farmacia utilizas??

Nombre:

Ubicación (Ciudad):

5. ¿Quién es su médico de atención primaria? (¿A dónde vas cuando estás enfermo?)

Nombre:

Ubicación (Ciudad):

Firma del individuo

Nombre del paciente:

ID del paciente:

High Plains Mental Health Center

Consentimiento para el tratamiento ambulatorio

Consentimiento para el tratamiento ambulatorio

Por la presente, doy mi consentimiento para una evaluación inicial y un tratamiento posterior sujeto a mi participación continua en la prestación de consentimiento. El propósito de la evaluación es determinar mis necesidades actuales de salud mental y / o uso de sustancias y desarrollar recomendaciones de tratamiento. Entiendo que, si deseo aceptar el tratamiento, tengo derecho a que me expliquen los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento, incluido no tener ningún tratamiento. Entiendo que en cualquier momento puedo rechazar cualquier intervención en la que no desee participar. Este consentimiento es voluntario y puedo retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento.

Consentimiento para participar en servicios de telemedicina

Para atender mejor las necesidades de la comunidad, algunos servicios de atención médica conductual y de uso de sustancias ahora están disponibles mediante comunicaciones de video interactivas, a menudo denominadas "telemedicina". Los servicios limitados también pueden estar disponibles por teléfono. Usando la telemedicina, usted puede ser evaluado y tratado por un proveedor desde un lugar distante. El proveedor en la ubicación distante tiene licencia en el estado de Kansas, y se le informará qué tipo de licencia tienen.

- Se le informará si hay personal adicional presente en el lugar distante y tendrá la oportunidad de solicitar que no esté presente.
- Los proveedores de atención médica tendrán acceso a sus registros de salud mental y uso de sustancias, y documentarán su servicio al igual que cuando lo ven para un servicio cara a cara.
- Su privacidad y confidencialidad estarán protegidas. Existen riesgos potenciales para la tecnología de telemedicina, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. High Plains ha tomado precauciones para asegurar esas comunicaciones y minimizar los riesgos.
- Los cargos por servicios que utilizan telesalud conferencia o tecnología telefónica se le facturarán de la misma manera que si los servicios se entregaran cara a cara. Los cargos se le facturarán a nuestra tarifa habitual y habitual y se aplicará su reducción de tarifa de escala móvil. Si tiene seguro, primero le facturaremos a su compañía de seguros

Su participación en la telemedicina es voluntaria, y puede negarse a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento. Si se niega a participar o decide dejar de participar, puede buscar servicios tradicionales de atención de salud conductual a través del High Plains Mental Health Center (si está disponible) u otro proveedor de su elección. Esto podría resultar en retrasos en el servicio, la necesidad

de viajar o los riesgos asociados con tener un retraso en los servicios de atención de salud conductual.

Doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina.

Notificaciones

Me han dado una explicación verbal y una copia del Folleto de Derechos y Responsabilidades del High Plains Mental Health Center, y entiendo el Procedimiento de Quejas como se describe en el folleto.

Me han dado una explicación verbal y una copia del Aviso de Información y Prácticas de Privacidad del High Plains Mental Health Center.

Me han dado una copia de las políticas de facturación, seguro y pago del High Plains Mental Health Center, que incluye tarifas de servicios de tratamiento.

ADULTO QUE BUSCA SERVICIOS (Inicial y firma a continuación):

Por la presente, doy mi consentimiento para una evaluación inicial y el tratamiento posterior en High Plains Mental Health Center.

Soy el tutor legal del paciente identificado, que tiene 18 años o más, y por la presente doy mi permiso para que reciba una evaluación inicial y un tratamiento posterior en High Plains Mental Health Center. (Proporcione a HPMHC el documento judicial apropiado).

NIÑO QUE BUSCA SERVICIOS (Inicial y firma a continuación):

Soy el padre o tutor legal del Paciente Identificado, que es menor de 18 años, y por la presente doy mi permiso para que él/ella reciba una evaluación inicial y el tratamiento posterior en el High Plains Mental Health Center.

EN MATERIA DE DIVORCIO U OTRAS ÓRDENES LEGALES DE CUSTODIA: (Inicial)

Comparto la custodia compartida de este niño con:

- Nombre:
- Dirección:
- Ciudad, Estado,
Código Postal:

(Se enviará una carta al segundo padre notificándole la solicitud de servicios y una invitación a participar en los servicios).

Tengo la custodia exclusiva de este niño

MENOR QUE CONSIENTE SUS PROPIOS SERVICIOS (Inicial y signo a continuación):

Tengo entre 14 y 17 años de edad y por la presente doy mi consentimiento para recibir una evaluación inicial y un tratamiento posterior en High Plains Mental Health Center. Entiendo que, según KSA 59-29b49, debo autorizar High Plains Mental Health Center para notificar a mi padre o tutor legal que he buscado servicios.

Nombre impreso del paciente:

Nombre impreso de la relación representativa con el paciente:

Firma de la fecha del paciente:

Firma de la fecha del representante:

Solo para uso interno: *El firmado anteriormente ha declarado que tiene un entendimiento sobre sus derechos y cumple con los requisitos de firma. Según KSA 59-2949, he determinado que él tiene la capacidad de tomar la decisión para el tratamiento.*

Firma de la fecha de representación de HPMHC: