



Southwest Behavioral & Health Services

Reconocimiento del paquete de admisión/consentimiento anual

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono	

He recibido una copia del Paquete de Consentimiento de Servicios de Salud y Comportamiento de Southwest Behavioral and Health Services, que se resume a continuación. Entiendo cada formulario tal como se me ha presentado y estoy de acuerdo con las guías y expectativas. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar los formularios de consentimiento a continuación y entiendo que tengo la capacidad de hacer preguntas a mi satisfacción como parte del proceso de admisión de SB&H. Entiendo que se colocará una copia de esta página en mi registro clínico para demostrar que recibí el contenido de este documento.

- Consentimiento para la evaluación y/o el tratamiento (Manual SB&H)
- Consentimiento Informado para Participar en Servicios de Tele Salud (Manual SB&H)
- Consiento No Consiento Participar en servicios de tele salud
- Consentimiento de comunicación Correo electrónico Correo de voz Texto
- Acuerdo de Guías de Asistencia (Manual SB&H)
- Reconocimiento del Manual del Miembro del Plan de Salud (enlaces en el manual de SB&H)
- Acuerdo de pago: Doy mi consentimiento para que SBH facture a mi compañía de seguros por los servicios prestados según el Aviso de prácticas de privacidad al que se hace referencia a continuación. Entiendo que, si tengo AHCCCS y otro plan de seguro, AHCCCS requiere que SBH facture a cualquiera / todas mis otras compañías de seguros antes de facturar AHCCCS. Autorizo a mi(s) compañía(s) de Reconocimiento del Manual del Miembro de SB&H (Responsabilidades del Programa, Planificación de Servicios, Planificación de Transición/Alta, Tarifas, Seguridad, Código de Ética de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de AHCCCS, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Sustancias, Derechos de las Personas Atendidas, Derechos Adicionales para Instalaciones de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados o Residenciales, Derechos Legales para Personas con Enfermedades Mentales Graves, Aviso a personas con enfermedades mentales graves, Aviso a personas que reciben servicios de abuso de sustancias, Política y procedimiento de quejas, apelaciones y quejas). Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas: 602-364-3030; Oficina de

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Paciente	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Padre, Tutor Legal o Otra Firma Requerida (si aplica)	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Miembro del Personal de SBH	Fecha

Autorización para divulgar registros de trastornos por abuso de sustancias para pagos/operaciones

Yo,
Nombre del Paciente Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

Autorizó a Southwest Behavioral Health Services divulgar la información descrita a (Seleccione todo lo que aplique):

- AHCCCS para la divulgación de mis datos demográficos
- Pago de mi tratamiento a mi plan de salud
 - AzComplete Health Banner University Care1st Health Choice
 - Magellan Mercy Care Mercy Care United Healthcare
- Otro (Especifique)

El propósito de este comunicado es proporcionar solo la información necesaria para el pago de servicios a su plan de salud y/o proporcionar datos demográficos al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica

Aviso al Solicitante

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un Miembro como que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito cualquier Miembro con un trastorno por uso de sustancias, excepto según

Entiendo que en cualquier momento, puedo revocar esta autorización escribiendo a SBH de acuerdo con las Políticas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Se le remite al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal (HIPAA: 45 CFR 160-164).

La Autorización vence:

- 1 año a partir de esta fecha
- Otro: (otra fecha – no más de un año)

Firma del Paciente/Tutor Legal Fecha

Otra Firma Requerida (si aplica) Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

Si el/la paciente tiene entre 12-17 años, la firma del paciente y su padre/madre/tutor legal será requerida para información acerca de abuso de sustancias.

Nombre del Paciente FDN



Southwest Behavioral & Health Services
Formulario de solicitud de divulgación de información y registros

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

- Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros Marque aquí si desea solicitar sus registros
 Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

Como quiere que los registros sean enviados? Correo Formato digital por correo (Se requiere un mínimo de 50 páginas) Correo electrónico (incluye la dirección): _____

Fechas de Servicios (de los registros que se enviarán) últimos 60 días últimos 90 días últimos 12 meses
 Otro (incluya las fechas): _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Yo, _____
Nombre del Paciente Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono

Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:

Southwest Behavioral & Health Services	602-265-8338
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
3450 N. 3rd Street, Phoenix, AZ 85012	602-323-2351
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

Y

_____	_____
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
_____	_____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

Aviso al Recipiente: Esta información ha sido obtenida de registros protegidos por leyes Federales. Estos registros no están sujetos a una nueva divulgación. Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2) prohíben la divulgación subsecuente de Información sobre Abuso de Sustancias sin consentimiento específico por escrito de la persona de la cual la información le pertenece o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Entiendo que, si esta información es divulgada a la persona indicada, la persona podría no seguir las leyes Federales sobre privacidad y mi información médica protegida podría ser divulgada por la tercera persona. El tratamiento, el pago y/o la inscripción no están condicionados a que el miembro firme este consentimiento.

Nota: Las reglas del gobierno federal y estatal requieren que se complete una autorización por separado para cada una de las siguientes categorías: Información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, y registros de abuso de alcohol/sustancias.

Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:

- | | | |
|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Evaluación Clínica | <input checked="" type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica | <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentos |
| <input checked="" type="checkbox"/> Notas de Servicios Clínicos | <input checked="" type="checkbox"/> Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos | <input checked="" type="checkbox"/> Planes de Tratamiento/Servicio |
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen de Alta | <input checked="" type="checkbox"/> Información sobre Abuso de Sustancias | <input checked="" type="checkbox"/> Información de SIDA/VIH |
| <input checked="" type="checkbox"/> Evaluación Psicológico | <input checked="" type="checkbox"/> Divulgación verbal sobre tratamiento | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | | |

Propósito de la Solicitud: _____

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

La Autorización vence:

- 1 año a partir de esta fecha 6 meses (Servicios de Abuso de Sustancias)
 Otro: _____ / _____ / _____ (otra fecha – no más de un año/6 meses para servicios de abuso de sustancias)

_____	_____
Firma del Paciente/Tutor Legal	Fecha
_____	_____
Otra Firma Requerida (si aplica)	Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

***Se requieren las firmas de los padres/tutores legales para obtener información sobre el uso de sustancias para los miembros de 12 a 17 años de edad.**



Southwest Behavioral & Health Services

Nombre _____		Cliente SS# _____		Fecha de Nacimiento _____	
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal _____			Teléfono _____		Correo electrónico _____
Genero	<input type="checkbox"/> Genero Variante	<input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Cuestionando	<input type="checkbox"/> Transgénero	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Raza:	<input type="checkbox"/> Niego a responder		<input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Cáucaso
	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Niego a responder		
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Niego a responder		
Idioma primario:	_____		Idioma preferido:	_____	
Cobertura de Seguro <i>Adjunte copia de la tarjeta de seguro</i>					
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Privado (auto pago)	<input type="checkbox"/> TriCare	<input type="checkbox"/> Blue Cross	<input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Otro
Compañía de Seguros	_____		Id del Seguro#	_____	Número de Póliza: _____
Necesidades Especiales:					
Interprete	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, especifique idioma	_____		
Traductor	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, especifique idioma	_____		
Asistencia a la movilidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria	_____		
Asistencia para discapacidades visuales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria	_____		
Asistencia para personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la asistencia necesaria	_____		
Necesita arreglos de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si, identifique la necesidad	_____		
Debido a deficiencias cognitivas requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planificación del servicio					
Contactos Importantes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si					
Si corresponde, seleccione el acuerdo de custodia: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Pupilo de la Corte (Tutor Legal es el Estado)					
Padres/Tutor(es)Legal(es)	_____		Teléfono	_____	
<i>Debe proporcionar documentación legal vigente</i>	_____		Teléfono	_____	
	_____		Teléfono	_____	
Contacto de Emergencia:	_____		Teléfono	_____	
<i>Complete ROI</i>	Dirección	_____			
Doctor de Cabecera:	_____		Teléfono	Fax	_____
	Dirección	_____			
Dentista:	_____		Teléfono	Fax	_____
Otro(s) especialista(s) de atención médica:	_____		Teléfono	Fax	_____
<i>(por ejemplo, salud mental, uso de sustancias, ginecólogo, neuro, dolor,</i>	Dirección	_____			
		Teléfono	Fax	_____	
Farmacia:	_____		Dirección	_____	
Otros Contactos Importantes (por ejemplo: escuela, oficial de libertad condicional/libertad condicional, otras agencias [DCS, DDD], vecinos, abuelos)					
	Nombre:	_____		Relación:	_____
		Teléfono:	_____	Fax:	_____

Información Personal

Inicial _____ (Fecha)

Actualizada _____ (Fecha)

Por favor llena la siguiente información sobre la persona que va a recibir servicios

Empleo Actual	Tamaño del hogar: <input type="text"/>	Ingresos Mensuales: <input type="text"/>
	elije todos que aplican: <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo	

Educación/Profesional:	Grado más alto o título completado <input type="text"/>	
	¿Necesita ayuda para leer o escribir?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	¿Alguna vez le han dicho que usted o su hijo tienen un retraso en el desarrollo o necesidades de educación especial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
	¿Usted o su hijo recibieron servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
En caso afirmativo, sírvase identificar las pruebas, la evaluación especial, las clases especiales, el IEP/504, la escuela alternativa, el cambio de maestro, etc.		

Participación Legal y Eventos Significativos

Estatus Legal Actual/Otras cuestiones legales o civiles pendientes
 (por ejemplo: tutor legal designado, tratamiento ordenado por la corte, pupilo del Estado, divorcio, cuestiones de custodia con la participación de DCS, libertad vigilada, libertad bajo palabra, o cargos pendientes)

Numero de arrestos en los últimos 30 días: ¿Por cuales específicos delitos? _____

¿Se involucro el departamento de protección para niños (DCS) o adultos (APS) o la policía? No Si

Medicamentos

Medicamentos Actuales	Razón por el medicamento	¿Es efectivo el medicamento? No es efectivo, explica.	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
Medicamentos Previos	Razón por el medicamento	¿Fue efectivo el medicamento? No es efectivo, explica.	
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si _____

Indica todos los medicamentos de venta libre o suplementos herbales que tomas:

[Return to Intake Checklist](#)

Member's Name:

DOB:



Evaluación de riesgos de salud y de salud de Southwest Behavioral & Health Services (Jóvenes)

Nombre _____	Cliente SS# _____	Fecha de Nacimiento _____
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal _____	Teléfono _____	Correo electrónico _____
Detección de trastornos relacionados con sustancias		
<input type="checkbox"/> Adulto (18+)	<input checked="" type="checkbox"/> Niños (0-17)	
<i>Pregúntele al joven sobre lo siguiente.</i>		
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo o para quedar bien?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas cuando estabas solo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te has olvidado cosas mientras has usado alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te has subido en un auto conducido por alguien (incluyéndote a ti) quien estaba endrogado o ha consumido alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te han dicho tus familiares o amigos que debes de reducir el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Alguna vez te has metido en problemas cuando estabas usando alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Quien en tu familia usa alcohol o otras sustancias?	_____	
Apunte cualquier historial y tratamiento de problemas de salud conductual o uso de sustancias que los miembros de su familia hayan tenido:	_____	
Cuestionario de detección de riesgos para la salud de los jóvenes		
¿Ha sido diagnosticado con diabetes, asma, o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Indique los medicamentos continuación, si corresponde _____		
Revise los síntomas que el/la joven experimenta regularmente:		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomito
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Cansancio extrema	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Sobre/Bajo peso
¿ El/la joven come una dieta pobre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven es sedentario o mínimamente activo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven está al día con las vacunas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven consume tabaco o está expuesto al humo de segunda mano?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿De ser así, con que frecuencia?		
<input type="checkbox"/> Vapor	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Masticar
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Historial de salud (incluya todos los antecedentes médicos, dentales y de salud conductual)		
<input type="checkbox"/> PCP archivado	¿Alergia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Por favor, especifique _____
Fecha de última visita _____	Problemas de salud _____	
<input type="checkbox"/> Dentista en el archivo	Fecha de última visita _____	Problemas orales _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	Fecha de la última visita _____	Otros problemas _____
Las necesidades físicas y/o conductuales no tratadas pueden afectar la salud general e impactar negativamente el progreso hacia las metas.		
Se recomienda una cita con el PCP para una evaluación adicional.		
¿Le gustaría ayuda con lo anterior u otras necesidades de salud física?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

[Return to Intake Checklist](#)