

Intake/annual Checklist

Please complete the following to see what forms need to be completed:

All highlighted fields must be completed for list to generate below.

Format:

Paper

Age Group	Please Select
Substance Use Diagnosis	Please Select
HIV Diagnosis	Please Select
Insurance	Please Select
Has a Guardian	Please Select
Services Needed	Please Select
Visit Type	Please Select
Rendering SB&H Staff is Licensed	Please Select
Recommended Steps	
Completed	0

<u>Intake Consents & Steps</u>	<u>Required (If Applicable)</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
Consent Packet Acknowledgement		Axiom/Excel	
SUD Release		Axiom/Excel	
SP Advance Directive (18+)		Axiom/Excel	
PCP ROI		Axiom/Excel	
School ROI		Axiom/Excel	
JPO ROI		Axiom/Excel	
External BH provider ROI		Axiom/Excel	
Family/Friends ROI		Axiom/Excel	
Dual Enrollment- OTP specific		Axiom/Excel	
Transport Authorization- youth specific		Axiom/Excel	
Copy of Insurance Card		Axiom - Scanned documents	
Private Pay Agreement		Confluence	
Copy of Birth Certificate, Notice to Provider (DCS Only), or Proof of Guardianship		Axiom - Scanned documents	
Copy of Member ID or Birth Certificate		Axiom - Scanned documents	
Create Chart in Axiom		Axiom - Scanned documents	

<u>Screening Forms</u>	<u>Required?</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
Patient Information Form [PIF]		Axiom/Excel	
Demographic [834]		Axiom	
Adult Health Risk Assessment [HRA]		Axiom/Excel	
Youth Health Risk Assessment [HRA]		Axiom/Excel	
PCP Medical History Form		Axiom/Paper	
Depression Screener [PHQ-9]		Axiom/Paper	
Anxiety Screener [GAD-7]		Axiom/Paper	
ADHD Screener		Axiom/Paper	

<u>Assessment Forms</u>	<u>Required?</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
Engagement Session Note [Assessment]		Axiom	
Substance Use Screener [ASAM]			
Service Plan		Axiom	
Support & Safety Plan		Axiom	
ART/CFT/Staffing Plan		Axiom	
Developmental History Assessment		Axiom	
Columbia-Suicide Severity Rating Scale		Axiom	
CALOCUS		CALOCUS Portal	
Strength Needs Culture Discovery [SNCD]		Axiom	
PCP Note 3.0		Axiom	

<u>Wrap Up</u>	<u>Required?</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
Overview of next steps		Confluence	
PCP Communication		Axiom	
Birth to 5 Observations Scheduled		Axiom - scheduling	
Nursing Assessment Scheduled		Axiom - scheduling	
Therapy Appointment Scheduled		Axiom - scheduling	
Psych Eval Scheduled		Axiom - scheduling	
PCP Visit Scheduled		Axiom - scheduling	
Copies of Service Plan and Support & Safety Plan given to member		Axiom	
Pend Engagement Session Note and Service Plan to BHP		Axiom	
Document Closed		Axiom	



Southwest Behavioral & Health Services

Reconocimiento del paquete de admisión/consentimiento anual

Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
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)

☐ **Por la presente doy fe y reconozco que he leído por completo este acuerdo de consentimiento para evaluación y/o tratamiento y declaro, confirmo y certifico expresamente que tengo la autoridad para ejecutar este acuerdo en mi nombre o en el del menor correspondiente conforme con todos y cada uno de los términos y condiciones identificados y expresados en este Acuerdo. He tenido amplia oportunidad de revisar el contenido de este Acuerdo y por lo presente autorizo a SBH a proceder en función de mi autoridad para otorgar a SBH la capacidad de evaluarme y/o tratarme a mí mismo o al menor aplicable. Expresé y representé inequívocamente mi capacidad y autoridad para otorgar a SBH el derecho a proceder.**

☐ Consentimiento Informado para Participar en Servicios de Telepráctica (Manual SB&H)

☐ Consiento ☐ No Consiento Participar en servicios de telepráctica

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 aseguradora por los servicios proporcionados según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad mencionado a continuación. Elijo recibir servicios con la comprensión de que puedo ser personalmente responsable de pagar por el servicio que se me está brindando. (Manual de SB&H)

☐ Reconocimiento del Manual del Miembro de SB&H (Responsabilidades del Programa, Lista De Servicios Disponibles en SB&H, 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 Licencias de Instalaciones de Salud Conductual: 602-542-3422.

Firma del Paciente	Fecha
Firma del Padre, Tutor Legal o Otra Firma Requerida (si aplica)	Fecha
Firma del Miembro del Personal de SBH	Fecha



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

Agencia/Nombre del Proveedor

Teléfono

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:

☐

Evaluación Clínica

☐

Evaluación Psiquiátrica

☐

Medicamentos

☐

Notas de Servicios Clínicos

☐

Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos

☐

Planes de Tratamiento/Servicio

☐

Resumen de Alta

☐

Información sobre Abuso de Sustancias

☐

Información de SIDA/VIH

☐

Evaluación Psicológico

☐

Divulgación verbal sobre tratamiento

☐

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

☐

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 paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, es posible que se requiera tanto su firma como la del padre/tutor legal.**



Southwest Behavioral & Health Services

Nombre		Cliente SS#		Fecha de Nacimiento	
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono		Correo electrónico	
Genero	☐ Genero Variante	☐ Intersexual	☐ Cuestionando	☐ Transgénero	☐ Femenino ☐ Masculino
	☐ Niego a responder				
Raza:	☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska	☐ Asiático/isleño del Pacífico	☐ Negro	☐ Cáucaso	
	☐ Nativo de Hawái	☐ Niego a responder			
Etnicidad:	☐ Hispano/Latino	☐ No Hispano/Latino	☐ Niego a responder		
Idioma primario:		Idioma preferido:			
Cobertura de Seguro <i>Adjunte copia de la tarjeta de seguro</i>					
☐ Medicaid	☐ Medicare	☐ Privado (auto pago)	☐ TriCare	☐ Blue Cross	☐ HMO ☐ Otro
Compañía de Seguros		Id del Seguro#		Número de Póliza:	
Necesidades Especiales:					
Interprete	☐ No	☐ Si, especifique idioma			
Traductor	☐ No	☐ Si, especifique idioma			
Asistencia a la movilidad	☐ No	☐ Si, identifique la asistencia necesaria			
Asistencia para discapacidades visuales	☐ No	☐ Si, identifique la asistencia necesaria			
Asistencia para personas con discapacidad auditiva	☐ No	☐ Si, identifique la asistencia necesaria			
Necesita arreglos de cuidado infantil	☐ No	☐ Si, identifique la necesidad			
Debido a deficiencias cognitivas requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planificación del servicio					
Contactos Importantes ☐ No ☐ Si					
Si corresponde, seleccione el acuerdo de custodia: ☐ Único ☐ Compartida ☐ 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:			

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 ☐ Adulto (18+) ☐ Niños (0-17)

Pregúntele al joven sobre lo siguiente.

¿Alguna vez has usado alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo o para quedar bien?	☐ No	☐ Si
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas cuando estabas solo?	☐ No	☐ Si
¿Alguna vez te has olvidado cosas mientras has usado alcohol o drogas?	☐ No	☐ Si
¿Alguna vez te has subido en un auto conducido por alguien (incluyéndote a ti) quien estaba endrogado o ha consumido alcohol o drogas?	☐ No	☐ Si
¿Alguna vez te han dicho tus familiares o amigos que debes de reducir el uso de alcohol o drogas?	☐ No	☐ Si
Alguna vez te has metido en problemas cuando estabas usando alcohol o drogas?	☐ No	☐ 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? ☐ No ☐ Si

Indique los medicamentos continuación, si corresponde _____

Revise los síntomas que el/la joven experimenta regularmente:

☐ Colesterol alto	☐ Dolor de pecho	☐ Nausea/Vomito	☐ Dolor de cabeza	☐ Mareos
☐ Cansancio extrema	☐ Visión Borrosa	☐ Sobre/Bajo peso	☐ Otro: _____	

¿El/la joven come una dieta pobre?	☐ No	☐ Si
¿El/la joven es sedentario o mínimamente activo?	☐ No	☐ Si
¿El/la joven está al día con las vacunas?	☐ No	☐ Si
¿El/la joven consume tabaco o está expuesto al humo de segunda mano?	☐ No	☐ Si

¿De ser así, con que frecuencia?

☐ Vapor	☐ Cigarrillos	☐ Masticar	☐ Otro: _____
☐ Diario	☐ Semanalmente	☐ Ocasionalmente	☐ Otro: _____

Historial de salud (incluya todos los antecedentes médicos, dentales y de salud conductual)

☐ PCP archivado	¿Alergia? ☐ No ☐ Si	Por favor, especifique _____
Fecha de última visita _____	Problemas de salud _____	
☐ Dentista en el archivo	Fecha de última visita _____	Problemas orales _____
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? ☐ No ☐ Si



Katie Hobbs, Governor
Carmen Heredia, Cabinet Executive Officer
and Executive Deputy Director

Autorización de Transporte y Liberación de Responsabilidad

Yo, _____ (nombre del padre o tutor legal). En lo sucesivo, el Tutor Legal, con domicilio
en _____ (dirección) por la presente afirmo que soy el padre o tutor legal
de _____ (nombre completo del menor), cuya identificación de AHCCCS es
_____ (identificación de AHCCCS) y la fecha de nacimiento es _____ en lo sucesivo denominada Menor.

El menor es _____ (edad) años. Al completar y firmar este formulario, por la presente doy mi consentimiento limitado
limitado para Menor para ser transportado con el propósito de _____ (incluido el propósito de transporte),
en lo sucesivo denominado Propósito. El Menor puede ser transportado para este Propósito desde _____ (fecha de inicio de la autorización)
hasta _____ (fecha de finalización de la autorización; no puede ser más de 3 meses después de la fecha de inicio de la
autorización). Menor serán transportados sin la presencia de su Tutor Legal

Al proporcionar esta autorización y liberación de responsabilidad, declaro que el menor puede ser transportado sin la presencia de su tutor legal y cumplirá
con todas las reglas y regulaciones de seguridad comunicadas por el conductor. Entiendo que si el menor no sigue las reglas, el menor ya no puede ser
transportado sin un tutor legal. Estoy de acuerdo en asegurarme de que el menor esté listo para su viaje y pueda llegar al lugar de recogida específico a la
hora programada.

**Acepto informar al proveedor inscrito en AHCCCS dentro de las 48 horas si por alguna razón dejo de ser el Tutor Legal del Menor y acepto proporcionar el
nombre y la información de contacto del Tutor Legal recién designado. Estoy de acuerdo en informar al proveedor inscrito en AHCCCS de inmediato en
caso de que ya no dé mi consentimiento para que el menor reciba transporte que no sea de emergencia para los servicios médicos necesarios. Acepto
proporcionar un formulario de Autorización de Transporte y Liberación de Responsabilidad firmado y actualizado 3 meses después de la fecha de firma a
continuación para continuar con la autorización para el propósito descrito anteriormente. Puedo solicitar en cualquier momento, por escrito, que se
cancele esta autorización.**

Tras la ejecución de esta autorización y liberación para el transporte de un menor, por la presente libero a AHCCCS y al plan de salud contratado por
AHCCCS, sus empleados, funcionarios, agentes y subcontratistas de toda responsabilidad, causas de acción o reclamos en relación con el transporte.

Si alguna de la información anterior cambia, el Tutor Legal es responsable de proporcionar un Formulario de Autorización y Liberación de Responsabilidad
actualizado.

Firma del tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del tutor legal

Fecha