



## Lo que se incluye en el Nuevo papeleo del paciente?

- \* **Documentos deben ser completado / firmado y devuelto**
- \* **Consentimiento para el tratamiento:** Nuestro formulario de consentimiento es necesario para tener la capacidad de verlo. Estás aquí porque quieres estar y continuaremos tu atención mientras sea médicamente necesario.
- \* **Inasistencia /Política de Cancelación Tardía:** Pedimos al menos un aviso de 48 horas antes, pero sabemos que la vida sucede. Por favor, póngase en contacto con nosotros tan pronto como sepa que no puede mantener su cita.
- \* **Pautas del grupo de recuperación del uso de sustancias para adultos**
- \* **Cuestionario de clientes infractores fuera del estado**
- \* **Exámenes médicos y conductuales de enfermedades infecciosas**
- \* **Datos demográficos de los clientes:** Por favor de llenar su información personal lo mejor que pueda.
- \* **Verificación de Ingresos del Cliente:** Si alguna vez está en peligro de perder su cobertura de seguro, todavía tenemos una opción para continuar su atención como cliente de autopago. Por favor complete la información financiera. Si sabe que su cobertura está caducando, por favor háganoslo saber, ya que necesitaremos cierta documentación para asegurarse de que se le cobre la tarifa de pago por cuenta propia correcta por el servicio.

### **Optativo**

**Liberación de información de salud personal:** Este formulario nos permite comunicarnos con su médico de atención primaria y otros proveedores de atención con los que puede estar teniendo servicios. Si hay una entidad o individuo, debemos estar trabajando mientras usted está bajo nuestro cuidado, por favor completar el formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida.

### Información para sus registros

**Derechos y Responsabilidades:** Como cliente de nuestra organización, estos son sus derechos. Por favor, lea y háganos saber si tiene alguna pregunta.

**Aviso de Privacidad:** Su cuidado y los registros que producimos con respecto a ese cuidado, está protegido por la ley. Solo hablaremos con las personas que usted haya autorizado, y solo compartiremos la información que haya especificado. Si alguien más se pone en contacto con nosotros para preguntar sobre usted, no proporcionaremos ningún detalle con respecto a su atención hasta que haya autorizado a la persona.

**Formulario de divulgación de facturación sorpresa:** Con el acuerdo con el estado de Colorado, por favor lea el formulario y háganos saber si tiene alguna pregunta.

**Seguridad del Cliente:** Requisitos de nuestra organización para garantizar la seguridad de todo lo que servimos.

**Procedimientos de respuesta de emergencia:** Por favor, lea y háganos saber si tiene preguntas o inquietudes.

**Guía Anual de Pobreza 2020:** Muestra los niveles de ingresos y los pagos adeudados, para los clientes que necesitan pagar de su bolsillo por sus citas y servicios.

**Información de farmacia y misiones de Génova:** Información general sobre horas y ubicaciones.

**Normas de animales de servicio:** Los animales de servicio están permitidos en nuestras ubicaciones, sin embargo, si el animal no está bajo su control, le pediremos que su animal sea sacado de nuestra propiedad.

**Directiva de avance psiquiátrico:** Si hay consideraciones o solicitudes especiales que debemos considerar mientras está bajo nuestro cuidado, complete el formulario PAD. No podemos garantizar que se cumplan todos sus deseos, pero haremos todo lo posible para cumplirlos.

---

**Por favor, devuelva los documentos completados marcados con una a cualquiera de las siguientes opciones: \***

- 📍 Dejar en nuestra ubicación Lighthouse location: 115 S. Parkside Dr. Colorado Spring, CO 80910
- 📬 Diversus Health Nuevo Paciente, PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935
- ✉ [newpatient@DiversusHealth.org](mailto:newpatient@DiversusHealth.org)
- 📠 Fax: 719-314-4257



**DIVERSUS  
HEALTH**

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS/TRATAMIENTO Y ACEPTACION DEL PACIENTE**

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Yo voluntariamente consiento a servicios de salud mental (conductual) y tratamiento realizado por personal y proveedores de Diversus Health. Esto puede que incluya tratamiento realizado por un profesional medico quien puede recetar medicamento. Yo entiendo que la práctica de la salud mental (conductual) no es una ciencia exacta y ningunas garantías se me han hecho sobre los resultados del tratamiento. Yo entiendo que tengo el derecho de consentir al tratamiento sugerido, así como el derecho de rechazar el tratamiento sugerido. Yo también tengo el derecho a detener servicios y/o el tratamiento en cualquier momento. Yo tengo el derecho a una segunda opinión con respecto a mi diagnóstico y mi curso de tratamiento individual.
2. **CONTACTO.** Yo autorizo a Diversus Health a contactarme respecto a mis servicios y/o tratamiento, recordatorios de cita, papeleo de aseguranza o cualquier otra llamada referente a mi cuidado. Yo autorizo al personal de Diversus Health a contactarme a mi o a mi representante designado después de dar de alta de servicios y/o tratamiento para obtener información para propósitos de seguimiento solamente. Yo entiendo que estas comunicaciones pueden ser por escrito, correo electrónico seguro, teléfono o mensaje de texto. Si decido no recibir recordatorios por mensaje de texto de Diversus Health, yo optaré por no recibir estos servicios poniéndome en contacto con Diversus Health por escrito.
3. **SERVICIOS DE TELESALUD.** Autorizo a Diversus Health a utilizar servicios seguros de telesalud, si es necesario, para proporcionar servicios y/o tratamiento. Entiendo que todas las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud. Tengo derecho a retirar mi consentimiento a los servicios de telesalud en cualquier momento y no afectará mi derecho a la atención. Tenga en cuenta que los servicios de terapia y administración de medicamentos no se pueden prestar a través de la telesalud si usted está en otro estado a menos que el proveedor esté acreditado en ese estado, así como en Colorado. Solo para los proveedores acreditados en Colorado, las pautas requieren que usted esté en Colorado para recibir servicios de terapia y manejo de medicamentos.
4. **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.** Yo autorizo a Diversus Health a utilizar información medica confidencial o otra información contenida en mis expedientes médicos como sea necesario para pagos de reclamo, manejo médico, o propósitos de revisión de calidad de atención. Además, autorizo la divulgación de esta información confidencial a mi compañía de aseguranza u otro plan de seguro de salud, incluyendo pagadores del gobierno, como sea necesario para pagos de reclamo, manejo médico y actividades de control de la calidad hechas por dicha compañía o plan o subsidiarias o personas designadas. Esta autorización incluye la divulgación de diagnostico de SIDA o un resultado positivo del anticuerpo de VIH, información de uso/adicción al alcohol y/o drogas, pruebas genéticas, trastornos congénitos e información de salud mental. Yo entiendo que esta autorización para la divulgación de información puede ser revocada por mi por escrito en cualquier momento, pero solamente respecto a la recomendación de tratamiento y no con respecto al cuidado y tratamiento que ya me ha sido proporcionado.
5. **EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD DE ARTICULOS DE VALOR PERSONALES.** Yo entiendo que Diversus Health no asume responsabilidad de la pérdida o daño a mi propiedad personal durante mi estadía en las instalaciones de Diversus Health. Yo entiendo que todos mis objetos de valor no deberían ser aportados o dejados en Diversus Health.
6. **ACUERDO Y ASIGNACION DE PAGO.** Al menos que sea prohibido por un acuerdo entre mi compañía de aseguranza y Diversus Health o por ley estatal o federal, yo aceptó ser responsable por mis copagos, deducibles u otros cargos por los servicios no cubiertos o pagados por la aseguranza o pagadores terceros. Yo autorizo a Diversus Health a presentar cualquier reclamo para el pago de cualquier porción de las facturas del paciente y asignar todos los derechos y beneficios a Diversus Health, como sea apropiado. Además, estoy de acuerdo, sujeto a las leyes estatales o federales, pagar todos los costos, costos legales, gastos e interés en el evento que Diversus Health tome acción para colectar la misma debido a mi falta de pago en su totalidad de cualquier y todos los costos incurridos.
7. **CANCELACIONES.** Yo avisaré con un mínimo de 48 horas de anticipación de todas las citas que deba cancelar o reprogramar. Yo entiendo que, si llego tarde a una cita programada, puede que no sea atendido y acepto que las citas no atendidas o tardías pueden resultar en que Diversus Health descontinúe servicios y/o tratamiento.
8. **Organización Regional de Información de Salud de Colorado (CORHIO).** Clientes que reciben servicios en Diversus Health son inscritos automáticamente en CORHIO. CORHIO es una entidad designada por el estado para liderar los esfuerzos para expandir el uso de la información de salud en Colorado. CORHIO facilita el intercambio de información de salud dentro de la comunidad de salud mental (conductual) con la comunidad de atención de salud física para mejorar la coordinación del cuidado, de modo que la información importante sobre su cuidado de salud esté disponible para los proveedores que le prestan servicios. Usted si tiene el derecho de retirar su participación en CORHIO o revocar una solicitud de exclusión previa que haya realizado anteriormente.  
**Para optar por no participar en CORHIO, marque la casilla de verificación.**
9. **Aceptaciones.** Reconozco que se me ha dado / ofrecido una copia de la siguiente información;  
Derechos y responsabilidades del cliente, Aviso de derechos de privacidad, incluida la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas, directivas anticipadas, reglas de seguridad del cliente (para servicios en persona), Procedimientos de respuesta de emergencia (para servicios en persona), Divulgación de facturación por sorpresa / saldo, y este consentimiento del cliente para el tratamiento

---

Firma del Personal

Fecha

---

Firma del Cliente

Fecha

Marque la casilla de verificación si el cliente/tutor legal se negó o no puede firmar (identifique el motivo a continuación):

---



## **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS/TRATAMIENTO Y ACEPTACION DEL PACIENTE**

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO.** Yo voluntariamente consiento a servicios de salud mental (conductual) y tratamiento realizado por personal y proveedores de Diversus Health. Esto puede que incluya tratamiento realizado por un profesional medico quien puede recetar medicamento. Yo entiendo que la práctica de la salud mental (conductual) no es una ciencia exacta y ningunas garantías se me han hecho sobre los resultados del tratamiento. Yo entiendo que tengo el derecho de consentir al tratamiento sugerido, así como el derecho de rechazar el tratamiento sugerido. Yo también tengo el derecho a detener servicios y/o el tratamiento en cualquier momento. Yo tengo el derecho a una segunda opinión con respecto a mi diagnóstico y mi curso de tratamiento individual.
2. **CONTACTO.** Yo autorizo a Diversus Health a contactarme respecto a mis servicios y/o tratamiento, recordatorios de cita, papeleo de aseguranza o cualquier otra llamada referente a mi cuidado. Yo autorizo al personal de Diversus Health a contactarme a mi o a mi representante designado después de dar de alta de servicios y/o tratamiento para obtener información para propósitos de seguimiento solamente. Yo entiendo que estas comunicaciones pueden ser por escrito, correo electrónico seguro, teléfono o mensaje de texto. Si decido no recibir recordatorios por mensaje de texto de Diversus Health, yo optaré por no recibir estos servicios poniéndome en contacto con Diversus Health por escrito.
3. **SERVICIOS DE TELEVIDEO.** Yo autorizo a Diversus Health a usar los servicios de televideo seguros, si son requeridos, para proporcionar servicios y/o tratamiento. Yo entiendo que todas las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información medica también aplican a la televideo. Yo tengo el derecho a retirar mi consentimiento para los servicios de televideo en cualquier momento y no afectara mi derecho a cuidado.
4. **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN.** Yo autorizo a Diversus Health a utilizar información medica confidencial o otra información contenida en mis expedientes médicos como sea necesario para pagos de reclamo, manejo médico, o propósitos de revisión de calidad de atención. Además, autorizo la divulgación de esta información confidencial a mi compañía de aseguranza u otro plan de seguro de salud, incluyendo pagadores del gobierno, como sea necesario para pagos de reclamo, manejo médico y actividades de control de la calidad hechas por dicha compañía o plan o subsidiarias o personas designadas. Esta autorización incluye la divulgación de diagnostico de SIDA o un resultado positivo del anticuerpo de VIH, información de uso/adicción al alcohol y/o drogas, pruebas genéticas, trastornos congénitos e información de salud mental. Yo entiendo que esta autorización para la divulgación de información puede ser revocada por mi por escrito en cualquier momento, pero solamente respecto a la recomendación de tratamiento y no con respecto al cuidado y tratamiento que ya me ha sido proporcionado.
5. **EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD DE ARTICULOS DE VALOR PERSONALES.** Yo entiendo que Diversus Health no asume responsabilidad de la pérdida o daño a mi propiedad personal durante mi estadía en las instalaciones de Diversus Health. Yo entiendo que todos mis objetos de valor no deberían ser aportados o dejados en Diversus Health.
6. **ACUERDO Y ASIGNACION DE PAGO.** Al menos que sea prohibido por un acuerdo entre mi compañía de aseguranza y Diversus Health o por ley estatal o federal, yo aceptó ser responsable por mis copagos, deducibles u otros cargos por los servicios no cubiertos o pagados por la aseguranza o pagadores terceros. Yo autorizo a Diversus Health a presentar cualquier reclamo para el pago de cualquier porción de las facturas del paciente y asignar todos los derechos y beneficios a Diversus Health, como sea apropiado. Además, estoy de acuerdo, sujeto a las leyes estatales o federales, pagar todos los costos, costos legales, gastos e interés en el evento que Diversus Health tome acción para coleccionar la misma debido a mi falta de pago en su totalidad de cualquier y todos los costos incurridos.
7. **CANCELACIONES.** Yo avisaré con un mínimo de 48 horas de anticipación de todas las citas que deba cancelar o reprogramar. Yo entiendo que, si llego tarde a una cita programada, puede que no sea atendido y acepto que las citas no atendidas o tardías pueden resultar en que Diversus Health descontinúe servicios y/otratamiento.
8. **Organización Regional de Información de Salud de Colorado (CORHIO).** Clientes que reciben servicios en Diversus Health son inscritos automáticamente en CORHIO. CORHIO es una entidad designada por el estado para liderar los esfuerzos para expandir el uso de la información de salud en Colorado. CORHIO facilita el intercambio de información de salud dentro de la comunidad de salud mental (conductual) con la comunidad de atención de salud fisica para mejorar la coordinación del cuidado, de modo que la información importante sobre su cuidado de salud esté disponible para los proveedores que le prestan servicios. Usted si tiene el derecho de retirar su participación en CORHIO o revocar una solicitud de exclusión previa que haya realizado anteriormente.  
**Para optar por no participar en CORHIO, marque la casilla de verificación.**
9. **Aceptaciones.** Yo acepto que se me ha dado/ofrecido una copia de lo siguiente y/o que puedo acceder a esta información sobre Diversus Health en el sitio de internet ([www.DiversusHealth.org](http://www.DiversusHealth.org))
  - **Derechos y Responsabilidades del Cliente**
  - **Aviso de los Derechos de Privacidad, incluyendo Confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas.**
  - **Directiva Avanzada** ubicada en Nuevo Papeleo del Paciente
  - **Manual del Miembro de Health FirstColorado**

---

Firma del Personal

Fecha

---

Firma del Cliente

Fecha

Marque la casilla de verificación si el cliente/tutor legal se negó o no puede firmar (identifique el motivo a continuación):

Fecha: \_\_\_\_\_



**DIVERSUS  
HEALTH**

**Formulario de nueva cliente**

<b>Demografía</b>			
Nombre		Segundo Nombre	Apellido
Nombre preferido		Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Idioma primario	Género	Identidad de género	Orientación sexual
<b>Dirección</b>			
¿Estás sin hogar actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta			
Dirección física		Ciudad	Estado
Correo (Si la dirección postal es la misma que la dirección física, marque esta casilla) <input type="checkbox"/>		Ciudad	Estado
Teléfono de casa		Teléfono celular	Otro teléfono
Dirección de correo electrónico (por favor imprima)			
<b>Contacto de emergencia</b>			
Nombre		Apellido	Relación contigo
Dirección		Teléfono del hogar	Teléfono celular
<b>Información del guardián legal</b>			
Si el Tutor Legal también es su Contacto de Emergencia, marque la casilla <input type="checkbox"/> *Se puede requerir una prueba de tutela ¿Tiene tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, complete la información de contacto a continuación)			
Nombre		Apellido	Relación contigo
Dirección		Teléfono del hogar	Teléfono celular
<b>Seguro Primario</b>			
Seguro Primario ¿Es usted el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del asegurado	ID de grupo
¿Si usted no es el titular de la póliza que es? Nombre y Apellido		Relación	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono	
<b>Seguro secundario</b>			
Seguro secundario ¿Es usted el titular de la póliza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Identificación del asegurado	ID de grupo
¿Si usted no es el titular de la póliza que es? Nombre y Apellido		Relación	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono	

<b>Médico de Atención Primaria</b>		
Compartir información sobre cómo accede a la atención primaria nos ayuda a comprender mejor cómo apoyarlo en todas las áreas de sus necesidades de atención médica. Esta información es confidencial como todos los demás registros sobre su salud y no nos autoriza a contactar a su proveedor de atención Primaria ni a compartir ninguna información con ellos, a menos que usted proporcione autorización por escrito para hacerlo en el futuro.		
¿Tiene un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está dispuesto a proporcionar el nombre del médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso afirmativo, complete a continuación)		
Organización	Médico/Doctor	
Dirección	Teléfono	Fax
<b>Situación laboral</b>		
<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Empleo apoyado <input type="checkbox"/> Recluso <input type="checkbox"/> Formación de Estudiantes/Trabajo		
<b>Educación</b>		
Nivel más alto de educación:		Actualmente inscrito: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Militar</b>		
Militar anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Militar actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿qué rama?:		
<b>Origen étnico</b>		
<input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Sí, Hispano (Mexicano)	<input type="checkbox"/> Sí, Hispano (Puertorriqueño)
<input type="checkbox"/> Sí, Hispano (Cubano)	<input type="checkbox"/> Sí, Hispano (Otros)	<input type="checkbox"/> Declinado
<b>Carrera</b>		
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> América Negra/Africana
<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Declinado
<b>Consideraciones culturales/espirituales</b>		
Por favor, especifique:		
<b>Lugar de residencia</b>		
<input type="checkbox"/> Vida Asistida	<input type="checkbox"/> Casa de Grupo	<input type="checkbox"/> Vida Independiente <input type="checkbox"/> Casa Sobria <input type="checkbox"/> Otro
<b>Arreglo de Vida</b>		
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hermano(s) (es) <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Padre(s) Foster(s) <input type="checkbox"/> Pareja/otro significativo
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Persona No Relacionada <input type="checkbox"/> Otro
<b>Estado de la relación</b>		
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Comprometido(a)
<b>Sistema de soporte (marque todos los que correspondan)</b>		
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padre(s)	<input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Terapeuta
<b>¿Te sientes seguro en casa?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>En el último año, ¿has tenido miedo de tu pareja o expareja?</b>		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inseguro <input type="checkbox"/> No he tenido un socio en el último año
<input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta		
<b>¿Con qué frecuencia ves o hablas con personas que te importan y que te sientes cerca?</b>		
<i>Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a un amigo o familiar, ir a reuniones de la iglesia o del club</i>		
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/> 1 a 2 veces a la semana	<input type="checkbox"/> 3 a 5 veces a la semana
<input type="checkbox"/> Más de 5 veces a la semana	<input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta	
<b>Fuente Primaria de Ingresos</b>		
<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Seguridad Social, Pensión, Jubilación <input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Bienestar, Asistencia Pública
<b>¿Recibe SSI o SSDI?</b>		
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> SSDI

<b>Información del hogar</b>	
<b>¿Con cuántos miembros de la familia, incluyéndote a ti mismo, con los que vives actualmente?</b>	<input type="checkbox"/> N/A
<i>Ingrese solamente el número de familia, no incluya amigos / compañeros de trabajo / compañeros de cuarto.</i>	
¿Es usted el jefe de familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sus ingresos mensuales:
Número de dependientes en el hogar:	Ingresos totales anuales del hogar:
Número de niños:	
<b>En el último año, ¿usted o algún miembro de la familia con el que vive no ha podido obtener nada de lo siguiente cuando realmente era necesario? Marque todo lo que corresponda</b>	
<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Otro	
<input type="checkbox"/> Medicina o cualquier atención médica (médica, dental, salud mental, visión) <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta	
<b>¿La falta de transporte le ha impedido tener citas médicas, reuniones, trabajo o obtener las cosas necesarias para la vida diaria? Marque todo lo que corresponda</b>	
<i>Si necesita ayuda para llegar a su próxima cita con Diversus Health, comuníquese con Envida al 719-633-4677.</i>	
<input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido tener citas médicas o recibir mis medicamentos <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido reuniones no médicas, citas, trabajo o cosas que necesito <input type="checkbox"/> Sí, me ha mantenido de asistir tanto reuniones médicas como no médicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta	
<b>¿En algún momento de los últimos 2 años, el trabajo de temporada o de granjas migrantes ha sido su principal fuente de ingresos o la principal de su familia?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta	

### Nuevo historial de clientes

<b>Queja Principal</b>
Razón de referencia: Evaluación y tratamiento por el equipo de psiquiatría de medicamentos
¿Qué te trajo hoy?
<b>¿Qué tipo de servicios está buscando? (Marque todas las que correspondan)</b>
<input type="checkbox"/> El manejo de medicamentos <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Uso de sustancias
<b>¿Cuándo comenzaron los síntomas?</b>
<b>¿Ha sufrido previamente esta queja?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Tratamiento previo de esta queja?</b>
<b>Síntomas actuales (Marque todos los que correspondan)</b>
<input type="checkbox"/> La ansiedad <input type="checkbox"/> Problemas de apetito <input type="checkbox"/> Evitación <input type="checkbox"/> Pensamientos de carreras <input type="checkbox"/> Cambios en el sueño <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Energía excesiva <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Cambios en libido <input type="checkbox"/> Recelo <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> Impulsividad <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Actividad riesgosa <input type="checkbox"/> Hechizos de llanto <input type="checkbox"/> Pérdida de Interés <input type="checkbox"/> Ataques de pánico <input type="checkbox"/> Culpa
<b>El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado estás?</b>
<input type="checkbox"/> No en absoluto <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta
<b>Historia psiquiátrica pasada</b>
<b>Diagnóstico previo/salud mental</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, diagnóstico previo:
En caso afirmativo, la atención previa proporcionada por:
<b>Estancias previas de salud mental hospitalaria</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿con quién?
<b>Terapia previa</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿con quién?

<b>Historia de los comportamientos</b>			
<b><u>Autolesiones</u></b> Historia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Corriente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Ideas suicidas</u></b> Historia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Corriente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Intentos suicidas</u></b> Historia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Corriente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Ideación homicida</u></b> Historia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Corriente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b><u>Violencia hacia los demás</u></b> Verbal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Físico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Agresión hacia los demás</u></b> Verbal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Físico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Problemas de ira</u></b> Verbal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Físico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Historia familiar</b>			
<b><u>Historia mental</u></b> Padre(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hermano(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Finalización del suicidio</u></b> Padre(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hermano(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b><u>Abuso</u></b> Padre(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hermano(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño(s): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Historia de sustancias</b>			
Tratamiento previo para el uso de sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿con quién?			
<b>¿Has probado alguno de los siguientes? (Marque todas las que correspondan)</b>			
<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Alucinógenos	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Tranquilizantes
<input type="checkbox"/> Éxtasis	<input type="checkbox"/> Benzos	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Estimulantes
<input type="checkbox"/> Metanfetaminas	<input type="checkbox"/> Killers (Opiáceos)		
Si ha comprobado alguna de las anteriores, enumere la frecuencia y la fecha del último uso:			
<b>Consumo de tabaco</b>			
Uso actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inhalación	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Ambos
Historial de uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad de primer uso:	Cantidad utilizada:	Año de salida (si corresponde):
<b>Consumo de alcohol</b>			
Uso actual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cantidad:	Frecuencia:	
Historial de uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad de primer uso:	Año de salida (si corresponde):	
<b>Historia Social</b>			
¿Es usted un refugiado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Dónde has crecido?			
¿Quién te crió (relación)?			
<b>Hermanos</b>			
Hermanos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Hermanas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Relaciones familiares</b>			
Dinámica Familiar Estable: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Familia cercana: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Historial de trauma</b>			
Infancia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Edad adulta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Desastres presenciados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Evento traumático presenciado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Historial Legal</b>			
¿Has sido arrestado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuándo?			
¿Razón?			
En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en la cárcel, la prisión, el centro de detención o el centro correccional juvenil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder a esta pregunta			

<b>Medicamentos - Medicamentos actuales, incluyan un mostrador (utilice la página en blanco si es necesario)</b>		
Medicación	Dosis	Frecuencia

<b>Alergias a los medicamentos, en caso afirmativo, especifique a continuación (utilice la página en blanco si es necesario)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicación	Reacción	Severidad

**Directiva avanzada**

¿Tiene y Directiva Avanzada:  Sí  No

¿Desea información sobre las directivas avanzadas?  Sí  No

Firma del cliente o del padre/Tutor- Guardian Fecha

**Sólo uso de oficina**

**El proveedor revisó toda la información con el cliente durante la evaluación psiquiátrica inicial.**

Firma del proveedor Fecha

Nombre del proveedor

## Verificación de Ingresos del Cliente / Formulario anual de retasa

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de darle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en el archivo y en estricta confidencia. Debe verificar sus ingresos al menos cada año. Su declaración anual de impuestos sobre la renta, una copia de su formulario W-2, los talones de cheques de cheque del mes pasado, copias de sus cheques de seguro social u otros cheques que pueda recibir serán prueba suficiente. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia se utilizarán para calcular su descuento.

Información del paciente		ID de cliente:		Fecha	
Nombre		Medio:		Última:	
Fecha de nacimiento:		# de Seguro Social:		Otros nombres:	
Domicilio:		Ciudad:		Estado	
Dirección Postal:		Ciudad:		Estado	
Teléfono del hogar:		Teléfono celular:		¿Tiene seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
Estado civil:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En Relación <input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado: <input type="checkbox"/> Viuda	
Tamaño del hogar					
Nombre		Relación		Fecha de Nacimiento o Edad	
Ingresos del hogar					
Nombre		Cantidad		Frecuencia (Círculo uno)	
Tú		\$		Semanalmente Mensualmente	
Cónyuge		\$		Semanalmente Mensualmente	
Niños		\$		Semanalmente Mensualmente	
Otro		\$		Semanalmente Mensualmente	
		\$		Semanalmente Mensualmente	
				Semanalmente Mensualmente	
Otros Ingresos					
Usted		Cónyuge		Niños	
Otro		Subtotal			
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de jubilación					
Manutención Infantil, Pensión Alimenticia					
Ingresos por intereses					
Otro					
<b>Total</b>					
Tipo de verificación					
<input type="checkbox"/> Talón de cheque (2 consecutivos) – Año más actual hasta la fecha (copia adjunta)					
<input type="checkbox"/> Impuesto sobre la Renta _____ (Año Corriente): Año(copia adjunta)					
<input type="checkbox"/> Carta de verificación del Seguro Social (copia adjunta)					
<input type="checkbox"/> Comprobante de desempleo (copia adjunta)					
<input type="checkbox"/> Informe por cuenta propia (otra verificación de ingresos no disponible o por cuenta propia – si los trabajadores por cuenta propia informan los ingresos del mes anterior)					

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa y que este informe se hace para evaluar mi elegibilidad para los fondos asignados por el Estado para los gastos de tratamiento o para calificarme en la escala de tarifas deslizando de Diversus Health.

Mi colocación en la escala de tarifas deslizando depende de las pautas federales de pobreza para el año actual y el tamaño de mi familia.

Entiendo que si alguna de la información o documentos que he proporcionado demuestra NO ser exactos, Diversus Health puede reevaluar mi estado financiero y tomar las medidas necesarias para cobrar cualquier pago atrasado que pueda ser debido por los servicios previamente prestados en mi Cuenta.

Entiendo que si se obtienen mis cambios de estado financiero o cobertura para los servicios de salud conductual, notificaré a Diversus Health inmediatamente para que reevalúe mi elegibilidad para la escala de tarifas estratificada.

También entiendo que este programa de tarifas estratificadas está sujeto a cambios anuales y puede volver a ajustar mi elegibilidad en mi revisión anual.

Nombre del Cliente o Tutor Legal (por favor imprima)

Fecha

Firma del Cliente o Tutor Legal



PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935  
Teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257  
Electrónico Correo: [MedicalRecords@DiversusHealth.org](mailto:MedicalRecords@DiversusHealth.org)

**AUTHORIZACION PARA LA PUBLICACIÓN DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Identificación del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

**POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO A DIVERSUS HEALTH PARA:**

- Obtener información de y/o
- Divulgar información privada (confidencial) a la(s) siguiente(s) persona(s) y/o identidad.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de Fax: \_\_\_\_\_

**Cual información será divulgada**

**La información que puede ser obtenida/publicada bajo esta autorización incluye la siguiente:**

- Exámenes/Evaluaciones
- Planes Centrados en la Personas/Planes de Tratamiento
- Nota de Progreso
- Examen/Informes Psicológico
- Evaluaciones Psiquiátricas/Revisiones de Medicamento/Análisis
- Recomendaciones de Tratamiento/Servicios
- Otro
- Educativa/Del Desarrollo
- Recomendaciones De Alta/Traslado
- Información relacionada a Beneficios o Aseguranza
- Información Relacionada al Trabajo

**Modos de transmisión**

**La information puede ser divulgada por medio de:**

- Escrito
- Verbal
- Electrónico
- Foto
- Otro: \_\_\_\_\_

**Finalidad de la versión:**

- Para proporcionar coordinación de casocomprensiva
- Para determinar elegibilidad de servicios
- A petición del individuo
- Otro



PO Box 15318, Colorado Springs, CO 80935  
Teléfono 719-314-4283 y número de fax 719-314-4257  
Electrónico Correo: [MedicalRecords@DiversusHealth.org](mailto:MedicalRecords@DiversusHealth.org)

---

**Información Adicional**

**Tenga en Cuenta** – Que los expedientes publicados pueden contener información de alcoholismo y drogadicción y/o información del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Complejo Relacionado al SIDA (CRS).

- Yo autorizo la divulgación de la información relacionada a recomendaciones y/o tratamiento para el alcoholismo y drogadicción.
- PROHIBO** la divulgación de información con la remisión y/o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

**VIH/SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual/Enfermedad Estransmisible**

- Autorizo la divulgación de información con el VIH/SIDA/enfermedad de transmisión sexual/enfermedad transmisible.
  - PROHIBO** la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedad esdecirporal/enfermedad transmisible.
- 

**Entiendo que:**

- La información no puede estar protegida de las redivulgaciones por las partes a las que se libera na no está protegida por las leyes federales de privacidad; sin embargo, si esta información está protegida por el Reglamento Federal de Confidencialidad del Abuso de Sustancias (42 CFR parte 2), la parte a la que se divulga no podrá nizar una función a divulgar dicha dicha información sin mi autorización por escrito adicional por la ley estatal o federal.
- La información relacionada con el uso de sustancias pueden ser divulgada en caso de una emergencia médica de buena fe consentimiento.
- En virtud del 42 CFR Parte 2, tengo derecho a solicitar una lista de divulgaciones a las que se hayan hecho divulgaciones de conformidad con la designación general
- Para 42 escríacaC CFR Parte 2, puedo comunicarme con el Fiscal de los Estados Unidos para Colorado en 1801 California Street, Suite 1600, Denver CO 80202, 1-303-454-0100
- Diversus Health no tiene control sobre esta información después de que se libera y no es responsable de ninguna otra divulgación.
- Puede que tenga una copia de esta autorización.
- Puedo revolomente esta autorización en cualquier momento notificando a Diversus Health Medical Records por escrito o firmando la línea de revocación de este formulario y devolviéndola a Diversus Health Medical Records. Cualquier revocación es para versiones futuras y no se aplica a ninguna versión realizada antes de la fecha de revocación.
- Esta autorización expira en \_\_\_\_\_ o si sedeja en blanco, dos (2) años a partir de mi fecha de firma.
- Esta autorización no es la divulgación de notas de psicoterapia, ya que Diversus Health no cuenqué ninguna psicoterapia como parte de los registros médicos.

---

Nombre del pentagrama de Diversus Health

Fecha de Firma

---

Firma del cliente (15 años de edad o más) Fecha de

Fecha de Firma

---

Firma del Representante de Cliente /Tutor Legal

Fecha de Firma

## **Pautas del grupo de recuperación del uso de sustancias para adultos**

1. **Cómo completar el tratamiento:** Asistir constantemente al grupo en el nivel que necesita en función de la evaluación inicial. Se recomienda que continúe en algún programa de cuidado posterior y/u otros grupos de apoyo durante un año para garantizar la recuperación continua. Debe asistir a toda la sesión de grupo para recibir crédito de finalización.
2. **Grupos que faltan:** No falte a los grupos a menos que tengas que hacerlo. Si tiene que faltar, asegúrese de informar a su facilitador de grupo tan pronto como sea posible antes del grupo. Si echas de menos un grupo y no llamas, intentaremos llamarte. Los grupos a los que falte/no se presente o cancele tarde pueden resultar en tener que reiniciar ese nivel o tener que reunirse individualmente con su terapeuta antes de regresar al grupo.
3. **Exámenes de drogas y alcohol:** Usted tendrá la oportunidad de participar en nuestro programa UA. Estos se obtendrán de base aleatoria.
  - a. **Urinálisis Positivo:** Si usted está participando en el programa UA, UA positivo puede resultar en la necesidad de aumentar el nivel de atención o puede requerir la necesidad de programar una sesión uno-a-uno para discutir el nivel de atención y apoyo adicional que pueden ser necesarios.
  - b. Si usted está participando en nuestro programa MAT y / o se le requiere por libertad condicional, DHS, etc. para enviar UA, usted acepta ser observado.
4. **Puntualidad:** Si llegas más de 15 minutos tarde al grupo, puede esperar que será rechazado y se le pedirá que regrese la próxima vez que el grupo se reúna.
5. **Teléfonos celulares/dispositivos electrónicos:** Cuando venga a grupo, deje todos los teléfonos celulares y dispositivos electrónicos apagados o en su vehículo. Si no lo hace, se le pedirá que abandone el grupo.
6. **Responsabilidad:** Los comportamientos de los demás no son una excusa para su propio comportamiento. Estás en tratamiento con otras personas. Tienen diferentes razones de por qué están en tratamiento. Lo que puede parecer "injusto" para usted puede ser apropiado para ellos porque hay hechos que no conoce acerca de otras personas en grupo. No le diremos las circunstancias de otros clientes debido a la confidencialidad.
7. **Problemas con otros miembros del grupo:** Si tiene un problema con alguien que dificulta su experiencia de tratamiento, por favor discuta con el personal del programa inmediatamente para obtener ayuda para resolver el problema. No hables con otros al respecto.
8. **Respeto:** Respétense unos a otros. No participe en charla laterales, hable mal de los demás, hables negativamente, insultes, glamores usar ropas inapropiadas o mala palabras. Evitarlos a toda costa. Respeto significa que usted no va a venir a tratamiento mientras está intoxicado, bajo la influencia de, o el olor de alcohol o cualquier droga. Si lo hace, puede desencadenar a otra persona.
9. **Relaciones:** Aunque fomentamos el apoyo de personas sobrias, el contacto con otros miembros del grupo y/o el intercambio de números de teléfono no serán tolerados y resultarán en la descarga del programa.
10. **Confidencialidad:** Es muy importante respetar la confidencialidad de los demás. Recuerda, lo que se dice en grupo, se queda en grupo. Divulgar cualquier información sobre la discusión del grupo o cualquiera de los miembros del grupo será motivo de alta del programa.

He leído toda esta hoja y lo entiendo. Si no lo entiendo en cualquier momento, me pondré en contacto con un terapeuta del programa para clarificación.

---

Firma del cliente

Fecha



Unidad Compacta Interestatal  
 940 N Broadway  
 Denver, CO 80203  
 P 303.763.2408 F 303.861.1548  
[DOC\\_interstatetreatment.state.co.us](http://DOC_interstatetreatment.state.co.us)

**CUESTIONARIO DE CLIENTES INFRACTORES FUERA DEL ESTADO**

Las siguientes preguntas deben ser respondidas por todos los clientes que buscan la admisión a este programa para cualquier educación o tratamiento; como lo exige la ley de Colorado. La negativa a cooperar, o la falta de información completa o incorrecta, incluyendo la falta de firma de una divulgación de información a la agencia de justicia penal referente, dará **negación de asistir al programa** de tratamiento y notificación de las autoridades, de acuerdo con los requisitos de C.R.S. 17-27.1-101.

- |                                                                                                                                                                                                  |                                |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. ¿Está obligado a reportar su progreso de tratamiento o finalización a cualquier Tribunal, Departamento de Correcciones, Libertad Condicional, Probación, Programa de Desvío de Adultos o DMV? | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene algún caso pendiente, supervisión de libertad condicional o en otro estado?                                                                                                            | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo a 1 o 2, responda las siguientes preguntas:

3. ¿En qué estado se cometió el crimen? \_\_\_\_\_
4. ¿A quién le debes reportar el tratamiento? \_\_\_\_\_  
 (Ejemplo: Corte, Juez, Libertad Condicional de Libertad Condicional, etc.)
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 5. ¿Está usted, o estará bajo la supervisión de un Oficial de Libertad Condicional o Libertad Condicional ¿Colorado?                                                                                                                                                                              | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 6. ¿ <b>Sólo para delincuentes de DUI:</b> ¿Está buscando educación o tratamiento con el único propósito de restaurar sus privilegios de conducir como resultado de una conducción relacionada con el alcohol o las drogas Ofensa en otro estado, pero no están bajo orden judicial para hacerlo? | Sí<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |

Su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Si respondió "Sí" a 1 o 2 arriba, proporcione lo siguiente:**

Nombre, dirección y número de teléfono de su oficial de libertad condicional, oficial de libertad condicional, juez O oficial de desvío.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se debe incluir una copia de su orden de libertad condicional, libertad condicional, tribunal o desviación, incluidos los requisitos de tratamiento.



Nombre:

Fecha:

## **Exámenes médicos y conductuales de enfermedades infecciosas**

Por favor, seleccione la respuesta más precisa a cada pregunta

1. ¿Has sido receptor de una transfusión de sangre o un trasplante de órganos (¿incluyendo recibir sangre durante nacimiento u otros procedimientos quirúrgicos)?  
 Sí     No
2. ¿Alguna vez has estado o estás en hemodiálisis a largo plazo (cuando la sangre de una arteria pasa a través de un tubo de membrana enrollado y de vuelta a la vena)?  
 Sí     No
3. ¿Es usted un receptor de factor de coagulación (un material que se administra para ayudar a la coagulación de la sangre cuando no puede coagularse por sí solo)?  
 Sí     No
4. ¿Alguna vez te has pegado una aguja o algo afilado que probablemente se haya contaminado con sangre infectada por hepatitis C?  
 Sí     No
5. ¿Tu madre biológica tenía hepatitis?  
 Sí     No
6. Have you ever experienced (check all that apply):
  - Decoloración amarilla de los ojos y la piel
  - Náuseas (inexplicables durante largos períodos de tiempo)
  - Pérdida de apetito y peso
  - Hinchazón del abdomen
  - Coagulación sanguínea anormal (difícil detener los cortes/arañazos del sangrado)
  - Dilatación de pequeñas arterias (pequeñas arterias) en la piel-agrandamiento mamario en los hombres
  - Prueba anormal de la función hepática/enzima
7. ¿Alguna de sus parejas sexuales ha sido infectada con Hepatitis B o C  
 Sí     No
8. ¿Alguna vez has recibido un tatuaje corporal o perforación corporal?  
 Sí     No
9. Marque todos los siguientes que se aplican a usted (pasado o presente)
  - Contacto cercano con la tuberculosis activa
  - Tratamiento por tuberculosis
  - Tenido radiografía de Tórax anormal
  - Tenido una prueba positiva de

10. ¿Alguna vez te diagnosticaron alguna de los siguientes problemas médicos?
- VIH       Chlamydia     Gonorrea     Cáncer de cuello uterino  
 Diabetes     Hepatitis     Sífilis       Herpes genital     Insuficiencia renal  
 Trastornos de sangrado/coagulación       Cualquier otro trastorno inmunológico  
 De neoplasias malignas específicas (se refiere a un tumor canceroso que puede diseminarse por todo el cuerpo)
11. ¿Alguna vez has pasado tiempo en Africa, Asia, América Latina, Europa del Este o Rusia?
- Sí       No
12. ¿Alguna vez ha sido empleado como trabajador de la salud o voluntario que servicios a clientes de alto riesgo?
- Sí       No
13. ¿Ha sido residente o empleado/voluntario en alguno de los siguientes? (compruebe todo lo que aplicar)
- Correccional                                       Hogar de enfermería     Centro de Tratamiento Residencial  
 Refugio para personas sin hogar     Institución mental       De Vida Transicional
14. Marque todo lo que se aplica a usted (pasado o presente)
- Ha tenido una tos continua durante más de tres semanas  
 Ha tosido sangre/mucosa de color  
 Ganglios linfáticos hinchados y no sensibles (en la base de la mandíbula o el cuello)  
 Pérdida prolongada de apetito  
 Pérdida de peso inexplicable de 10 libras o más  
 Fiebre recurrente o sudores nocturnos intensos durante más de tres semanas
15. ¿Has tenido múltiples parejas sexuales (más de una)?
- Sí       No
16. ¿Alguna vez tuviste sexo anal?
- Sí       No
17. ¿Con qué frecuencia has usado protección (condones, etc.) al tener relaciones sexuales
- Nunca     A veces     Siempre
18. ¿Ha utilizado una aguja para inyectar alguna sustancia en su cuerpo
- Sí       No
19. ¿Sabe o sospecha que sus parejas sexuales alguna vez inyectaron alguna sustancia con una aguja?
- Sí       No
20. ¿Has tenido alguna vez tú o alguno de tus parejas sexuales? (Marque todo lo que corresponda)
- VPH (Virus del Papiloma Humano) o verrugas genitales  
 Silicosis (una enfermedad pulmonar causada por la inhalación de dióxido de silicio durante un largo período de tiempo)  
 Entermeted del pulmón negro o de la minera de carbón (antracosis: causada por el polvo de carbón en los pulmones El cuestionario de **Enfermedad infecciosa**

Nombre \_\_\_\_\_

ID de cliente \_\_\_\_\_

## **Hoja de puntuacion : Questionario de Enfermedad**

### **Preguntas 1 a 7**

- Si hay una respuesta "Sí" a cualquiera de las preguntas 1 a 7 y no hay registro de haber sido examinado para la hepatitis B o C, haga una referencia para la prueba de un seguimiento adecuado.

### **Pregunta 8**

- Si hay una respuesta "Sí" a la pregunta 8, proporcione información sobre los posibles (aunque de bajo nivel) riesgos de hepatitis B o C involucrados en esta actividad.

### **Preguntas 9 a 12**

- Si hay una respuesta "Sí" a cualquiera de las preguntas 9 a 12, recomiende que el cliente obtenga una prueba de TB.

### **Pregunta 13**

- Si hay una respuesta "Sí" a cualquier parte de la pregunta 13, esto indica un alto riesgo de infección activa de tuberculosis o tuberculosis, VIH o hepatitis. Hacer una remisión a un profesional de la salud o al departamento de salud para realizar pruebas/tratamiento.

### **Preguntas 14 a 19**

Total de los valores numéricos correspondientes

- |     |                                |             |             |
|-----|--------------------------------|-------------|-------------|
| 14. | Sí (5)                         | No (0)      |             |
| 15. | Sí (10)                        | No (0)      |             |
| 16. | Nunca (10)                     | A veces (5) | Siempre (0) |
| 17. | Sí (10)                        | No (0)      |             |
| 18. | Sí (5)                         | No (0)      |             |
| 19. | (5) para cada artículo marcado |             |             |

**Puntuación Score:** \_\_\_\_\_

### **Guía de puntuación y respuestas clínicas apropiadas**

- La puntuación 0 a 20 indica un bajo riesgo de contraer/transmitir el VIH. Se debe dar al cliente información sobre el riesgo y el tratamiento.
- La puntuación 25 a 40 indica un riesgo medio para adquirir/transmitir VIH y Hepatitis. Se deben proporcionar referencias apropiadas antes y se necesita asesoramiento
- La puntuación 45 a 75 y superior indica un alto riesgo de contraer/transmitir VIH/hepatitis. El cliente debe ser referido a la agencia apropiada para pruebas y pre- y post-asesoramiento.
- Una respuesta "Sí" a la pregunta 17 indica que se debe fomentar **enérgicamente** el uso de drogas inyectables pasadas o presentes y las pruebas para detectar el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis.
- Todos los clientes, independientemente de su puntuación, recibirán educación primaria sobre prevención del VIH y la hepatitis en las agencias de tratamiento con licencia de ADAD.
- Solo la hoja de puntuación de Enfermedades Infecciosas debe mantenerse en el registro del cliente como documentación de que se produjo la proyección.

---

**Infectious Disease Questionnaire SCORING SHEET...continued**

---

Firma de la Hoja de Puntuación del Personal

---

Fecha

---

Nombre del cliente

---

ID de cliente

---

Nombre de las referencias dadas

---

Fecha de nombramiento

**He aceptado referencias para pruebas**

---

Firma del cliente

---

Fecha

El cliente rechazó las referencias

## **DIVERSUS HEALTH SERVICES**

### **Las Responsabilidades y los Derechos**

#### **Responsabilidades**

Como un cliente de DIVERSUS HEALTH, usted tiene las responsabilidades siguientes:

- Atenerse a las reglas y las regulaciones de DIVERSUS HEALTH, como son comunicadas a usted.
- Ser cortés y respetar a los derechos y la propiedad de otros clientes, del personal y de la facilidad.
- Participar en la planificación de sus servicios y su programa de tratamiento.
- Llegar a sus citas a tiempo o llamarnos a nosotros si sea tarde o si necesite reprogramar a su cita.
- Tomar los medicamentos acordados por usted y su médico.
- Informarse de sus beneficios médicos del salud mental y como usarlos.
- Proteger a sus efectos personales.
- Actualizar su información de dirección y número de teléfono.
- Pagar su cuenta, dentro de su capacidad de hacer así.
- Familiarizarse con sus derechos.
- Ser un compañero en su cuidado incluyendo el desarrollo de los servicios y la continuación con el plan de tratamiento.
- Decir a su terapeuta o médico si quiera cambiar a su plan de tratamiento o si no entienda o no esté de acuerdo con su plan.
- Darle a su terapeuta o a su médico la información que necesita para cuidarle bien.
- Para garantizar la confidencialidad del Paciente, no puede grabar electrónicamente; incluyendo audio, video o cualquier actividad en cualquier ubicación de Diversus Health.

#### **Derechos**

Derechos individuales para todos los clientes DIVERSUS HEALTH:

- La organización respeta a los derechos de los clientes.
- La organización trata a los clientes con respeto, dignidad y consideración por su privacidad.
- Los clientes son tratados igualmente sin discriminación basada en raza, religión, sexo, edad, discapacidad, estado de la salud u orientación sexual.
- Los clientes reciben información sobre sus derechos.
- Los clientes reciben información sobre sus beneficios de salud mental y como usar sus beneficios.
- Los clientes reciben cuidado necesario médico de salud mental según la ley federal.
- Los clientes participan en la decisión acerca del cuidado, tratamiento y los servicios proveídos y reciben servicios de acuerdo con el acuerdo de cliente y el plan de servicio.
- Los clientes participan en actividades sociales de acuerdo con el plan o el cuidado.
- El consentimiento informado es obtenido.
- El consentimiento es obtenido para grabar o filmar por el objeto de algo excepto la identificación, el diagnóstico o el tratamiento de los clientes.
- Los clientes reciben información adecuada sobre la persona (personas) responsable(s) del reparto de su cuidado, del tratamiento, y de los servicios. Opciones de tratamiento son presentadas en una manera que es fácil a comprender.
- Los clientes pueden pedir que un proveedor específico sea incluido en la red.
- Los clientes tienen el derecho de rechazar la asistencia, el tratamiento y los servicios de acuerdo con la ley y la regulación.
- Los clientes tienen el derecho de obtener una opinión segunda en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Los clientes tienen el derecho de conseguir acceso a, solicitar enmienda a, y recibir una contabilidad de revelaciones con respecto a su información propia clínica de servicio como es permitido bajo la ley aplicable.
- Los clientes y, cuando está apropiado, sus familias son informados acerca de los resultados del cuidado, del tratamiento y de los servicios que han sido proveídos, incluyendo resultados imprevistos.
- La organización respeta al derecho del cliente a y a la necesidad para la comunicación efectiva.
- La organización se dirige a la resolución de las quejas de clientes y sus familias. El nombre y el número de teléfono de su representante de cliente son: 719-572-6100. Este representante proporciona apoyo para cualquier asunto relacionado a su tratamiento.

- La organización respeta a la necesidad de los clientes tener la confidencialidad, la intimidad y la seguridad.
- Los clientes tienen el derecho de ser libre del abuso mental, físico, sexual y verbal y ser libre del descuido y explotación de su proveedor.
- Los clientes son libres de intimidad sexual con un proveedor.
- Los clientes reciben los servicios que son competentes y apropiados a su cultura incluyendo un intérprete si es justificado.
- Los clientes son informados si hay cambios en servicios, si su terapeuta deja de ver a clientes o si DIVERSUS HEALTH deja de proveer un servicio que usted recibe.
- Los clientes tienen el derecho del manejo de dolor.
- Los clientes tienen el derecho de conseguir acceso a los servicios protectores e independientes de apoyo.
- Los clientes pueden decir a otras personas, incluyendo las agencias reguladoras, el gobierno o los medios de comunicación, lo que es su opinión acerca de los servicios de DIVERSUS HEALTH, sin que afecta como proporcionamos los servicios proveídos.
- La organización protege a los sujetos de investigación y respeta a sus derechos durante la investigación, el estudio y los ensayos clínicos que utilizan sujetos humanos.
- Los clientes que reciben rehabilitación vocacional reciben información sobre la organización que proporciona servicios vocacionales de rehabilitación.
- Los clientes tienen el derecho a ejercer privilegios de ciudadanía.
- Los clientes tienen el derecho a ejercer elección en la asistencia y participación en actividades religiosas.
- Los clientes tienen el derecho a cuidado si tienen o no tienen directivas anticipadas. Información sobre las directivas anticipadas es disponible a los clientes e incluye la ley aplicable de estado.
- Los clientes tienen la libertad de usar todos sus derechos sin afectar a su tratamiento.
- Los clientes necesitan cooperar con el BHO al elegir o ver a un proveedor.

### **Derechos de tratamientos agudos**

- Clientes son informados acerca de las pólizas de DIVERSUS HEALTH con respecto al manejo de emergencias médicas.
- Si un cliente esté desorientado o esté en cualquier estado que dañe a la cognición en el momento de entrada, él o ella es informado de sus derechos a la hora apropiada durante el cuidado, el tratamiento y los servicios.
- Clientes son informados de las reglas del programa.
- Clientes tienen el derecho de recibir y enviar correspondencia sellada. Ninguna correspondencia entrante ni saliente será abierta, demorada, suspendida o censurada por el personal de la facilidad.
- Clientes tienen el derecho de obtener acceso a artículos para escribir las cartas, incluyendo el franqueo, y de tener la ayuda de empleados de la facilidad si no puede escribir, preparar y enviar la correspondencia.
- Tener acceso razonable y frecuente para utilizar el teléfono, hacer y recibir llamadas en privacidad..
- Tener el uso pleno de las áreas comunes de la facilidad, en conformidad con las reglas de casa documentadas.
- Expectación de cooperación de la facilidad para realizar el grado máximo de beneficio de los servicios que son hechos disponibles por la facilidad.
- Tener oportunidades frecuentes y convenientes para reunirse con visitantes. La facilidad no puede negar visitas del abogado del cliente, representante religioso ni el médico, en ningún tiempo razonable y tener privacidad para mantener la confidencialidad de comunicación entre un cliente y el esposo u otro significativo, un miembro de la familia (miembros), el personal (es), el abogado, el médico, el contable diplomado y/o representante religioso.
- Llevar a su propia ropa, mantener y utilizar a sus propias posesiones personales, dentro de la razón, y guardar y ser permitido gastar una suma razonable de su propio dinero.
- Negarse a tomar medicinas psiquiátricas, a menos que la persona sea un peligro inminente a sí mismo o a otros o la corte ha ordenado tales medicinas.
- No ser tomado las huellas dactilares a menos que la ley lo exija.
- Negarse a ser fotografiado excepto para propósitos de identificación de la facilidad.
- Para personas que están bajo certificación para el cuidado y el tratamiento, reciben aviso de veinticuatro (24) horas antes de ser transferido a otra facilidad designada o de colocación a menos que exista una emergencia, el derecho de protestar cualquier transferencia al tribunal, y el derecho de pedir a la facilidad trasladando que notifica alguien escogido por el cliente acerca de la transferencia.

- Ser libre de cualquier forma de restricción física o aislamiento como un método de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- A la intimidad y la confidencialidad de registros de tratamiento sino como necesario por la ley.
- Aceptar tratamiento voluntariamente, a menos que motivo razonable exista para creer que la persona no se quedará en el tratamiento en esta base.
- Recibir cuidado y tratamiento médico y psiquiátrico en un sitio lo más mínimo restrictivo posible que conviene a satisfacer a las necesidades particulares de la persona y estar sujeto a recursos disponibles.
- Pedir a ver sus documentos médicos, ver los documentos en horas razonables, y si acceso está negado, recibir las razones legales sobre que la petición fue negada y tiene documentación de tal colocado en el registro clínico.
- Contratar y consultar con un abogado en algún tiempo razonable.
- Cada persona que tiene diez y ocho (18) años o más será dado la oportunidad de ejercer su derecho de votar en primario y en las elecciones generales. El personal de la facilidad designado o de colocación ayudará a cada persona a obtener formularios de inscripción de votante y aplicaciones para votaciones de ausente o correo, y a conformándose con cualquier otro requisito de votar. Restricciones de los derechos de tratamientos agudos
- Sino como de otro modo proporcionado, cada negación del derecho de una persona será hecha en una
- No hay política de seguridad que puede limitar a la capacidad de un cliente a enviar o recibir correspondencia sellada. Sin embargo, para prevenir la introducción de contrabando en la facilidad segura, la política puede proporcionar que el paciente abra la correspondencia en la presencia del personal de la unidad.
- No hay política de seguridad que puede limitar el derecho de un cliente a ver a su abogado, al clero o al médico. Sin embargo, la política de seguridad puede proporcionar que aviso previo ser dado a la facilidad segura para tales visitas para que pueda proveer el personal suficiente para la visita privada.
- Los derechos de una persona pueden ser limitados o pueden ser negados bajo mandato judicial por una imposición de discapacidad o privación legal de un derecho.
- Información que pertenece a la negación de cualquier derecho será hecha disponible, a petición, a la persona o a su abogado.

#### **Cuidado de Parientes Asignados (Foster Parents)**

- Los derechos del niño son respetados.
- Los derechos de la familia de origen son respetados.
- Los derechos de la familia de acogida son respetados.
- Clientes son dados información sobre sus responsabilidades mientras están recibiendo cuidado, tratamiento y servicios.

Los profesionales de la salud mental deben mantener registros de las personas a las que prestan servicios, de 18 años de edad o más, durante un período de siete (7) años a partir de la fecha de terminación de los servicios. Según la ley de Colorado (CRS 12-43-224), si cree que hemos violado la ley con respecto al mantenimiento de registros de una persona mayor de 18 años, debe presentar su queja u otro aviso ante la División de Profesiones y Ocupaciones dentro de siete (7) años después de que descubrió o razonablemente debería haber descubierto la infracción. Todos los registros se mantendrán según lo exige la ley de Colorado. Tenga en cuenta que es posible que no se mantengan los registros de una persona mayor de 18 años después del período de siete años.

El Departamento de Colorado de Servicios Humanos (información central)	303-866-5700
El Departamento de Colorado de Servicios Humanos, División de la Salud Mental	303-866-7400
Servicios Jurídicos de Colorado	719-471-0380
Centro de la Justicia de la Vecindad del Abogado del Distrito	719-520-6016
La División del Abuso de las Drogas	303-866-7480

**DIVERSUS HEALTH**  
**Aviso de Derechos de Privacidad**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO [incluso la salud mental] INFORMACIÓN SOBRE USTED PUEDE SER USADO Y REVELADO Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR DE LEER CUIDADOSAMENTE. Durante el proceso de proveer servicios a usted, Diversus Health Servicios de Salud obtendrá, grabará y utilizará su información médica y de salud mental que es protegida Normalmente esta información es confidencial y no será utilizada o revelada, excepto como se describe a continuación:

**I. USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

A. Usos Generales y Divulgaciones que No Requieren Consentimiento del Cliente. El Centro va a usar y divulgar su información médica protegida en las siguientes maneras:

1. *Tratamiento.* El tratamiento se refiere a la provisión, coordinación o administración de la cuidado de la salud [incluido el cuidado de salud mental] y servicios relacionados por uno o más profesionales de la salud. Por ejemplo, el personal del Centro involucrado en su cuidado puede usar su información para planificar su tratamiento y consultar con otros miembros del personal para asegurar que los métodos más apropiados se utilizan para ayudarle.
2. *Pago.* Pago se refiere a las actividades realizadas por un proveedor de la salud [incluyendo un proveedor de salud mental] para obtener o proporcionar reembolsos para la prestación de cuidado de salud. Por ejemplo, el Centro utilizará sus información para establecer las cuentas de cobrar, factura le y, con su consentimiento, proporcionar información a su compañía de seguros por los servicios presentados. Por ejemplo, el Centro utilizará sus información para establecer las cuentas de cobrar, factura le y, con su consentimiento, proporcionar información a su compañía de seguros por los servicios presentados. La información proporcionada a los aseguradores y otros terceros pagadores puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, tipo de servicio, fecha de servicio, nombre / identificación de proveedor, y otra información sobre su enfermedad y tratamiento. Si usted está cubierto por Medicaid, se le proporcionará información al programa de Medicaid de Colorado, incluyendo pero no limitado a su tratamiento, condición, diagnóstico y servicios recibidos.
3. *Funciones de atenciones médicas.* Las funciones de atenciones médicas se refieren a las actividades periódicas llevadas a cabo por el Centro que son funciones administrativas y de manejo. Por ejemplo, el Centro podrá usar su información de salud en el control de la calidad del servicio, el entrenamiento y la evaluación del empleado, revisiones médicas, servicios legales, funciones de auditoría, programas de cumplimiento, planificación de negocios, y la acreditación, la concesión de licencias y las actividades de acreditación.
4. *Contactando el Cliente.* El Centro podrá ponerse en contacto con usted para recordarle de sus citas y para informarle sobre tratamientos u otros servicios que puedan ser de beneficio para usted.
5. *Requerido por la Ley.* El Centro revelará información protegida de salud cuando sea requerido por ley o necesario para la vigilancia del cuidado de la salud. Esto incluye, pero no se limita a:
  - (a) Reportando el abuso y negligencia infantil;
  - (b) cuando la corte ordena la divulgación de información;
  - (c) cuando existe una obligación legal de advertir o tomar acción respecto a un peligro inminente a los demás;
  - (d) cuando existe una obligación legal de advertir o tomar acción respecto a un peligro inminente para los demás;
  - (f) cuando un forense está investigando la muerte del cliente.
6. *Actividades de Vigilancia de la Salud.* El Centro revelará información protegida de salud a las agencias de supervisión de salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley que sean necesarias para la supervisión del sistema de cuidado de la salud, programas de beneficios de salud del gobierno, programas de reglamentación o determinar el cumplimiento de las normas del programa.
7. *Crímenes en el local u observado por el personal del Centro.* Crímenes que son observado por el personal del Centro, que se dirigen hacia el personal, o se suceden en las instalaciones del Centro serán reportados a la policía.
8. *Socios comerciales y organizaciones de servicios calificados.* Algunas de las funciones del Centro son proporcionadas por contratos con Asociados Comerciales y Organizaciones de Servicio Calificados. Por ejemplo, algunos servicios administrativos, clínicos, de control de calidad y de facturación. legal. Los servicios de auditoría y gestión de prácticas se pueden proporcionar mediante la contratación con entidades externas para realizar estos servicios. En esas situaciones. Se proporcionará información de salud protegida a los contratistas que sea necesaria para realizar las tareas contratadas. Los socios comerciales y las organizaciones de servicios calificados deben celebrar un acuerdo para mantener la privacidad de la información médica protegida que se les proporcione.
9. *Estudios.* El Centro puede usar o divulgar información de salud protegida al fines de estudios, si se siguen las limitaciones pertinentes del Reglamento Federal HIPAA Privacidad. 45 CFR §164.512 (i).

10. *Cientes Involuntarios.* La información relativa a los clientes que están siendo tratados involuntariamente, conformidad con la ley, será compartida con otros proveedores de tratamiento, entidades legales, terceros pagadores y otros, según sea necesario para proporcionar el cuidado y la coordinación de la gestión necesaria.
  11. *Miembros de la Familia.* A excepción de algunos menores de edad, clientes incompetentes, o clientes involuntarios, la información protegida de la salud no se puede proporcionar a los miembros de la familia sin el consentimiento del cliente. En situaciones en las que miembros de la familia están presentes durante una discusión con el cliente, y se puede razonablemente inferirse de las circunstancias que el cliente no se opone, la información puede ser divulgada en el curso de ese debate. Sin embargo, si el cliente objeta, no se divulgará información de salud protegida.
  12. *Recaudar Fondos.* El Centro, o su fundación relacionada institucionalmente, pueden ponerse en contacto con los clientes como parte de sus actividades de recaudación de fondos. PHI será usada y revelada para comunicaciones de recaudación de fondos si Diversus Health contacta a usted para recaudar fondos para la organización. Sin embargo, usted tiene el derecho de optar por no recibir este tipo de comunicaciones.
  13. *Emergencias.* En las emergencias de la vida personal del Centro divulgará información necesaria para evitar un daño grave o la muerte.
  14. *Información de la Organización Regional de Salud de Colorado (CORHIO).* Los clientes que reciben servicios en el Centro son automáticamente inscritos en CORHIO. CORHIO es la entidad designada por el estado para dirigir los esfuerzos para ampliar el uso de la información de su salud en Colorado. CORHIO facilita el intercambio de información de salud en la comunidad de salud mental con la comunidad de cuidado de la salud física para mejorar la coordinación de la atención para que la información importante acerca de su atención de salud está disponible para los proveedores que prestan servicios para usted. Usted tiene el derecho de optar por no participar en CORHIO o revocar un opt anterior a la solicitud que usted haya hecho. Puede hacerlo seleccionando la casilla de verificación correspondiente en la sección de consentimientos y reconocimientos de este documento.
- B. Autorización de Divulgar Información del Cliente: El Centro no puede usar o divulgar información de salud protegida de cualquier otra manera sin una firmada de información/autorización. Cuando se firma un comunicado de la información, o de autorización, se puede ser revocada, a condición de que la revocación sea por escrito. La revocación se aplicará, sólo cuando en que el Centro ya no ha tomado medidas al respecto.
- C. Usos y divulgaciones de PHI (Information of Personal Health) para propósitos de comercialización, así como las revelaciones que constituyen una venta del PHI, requieren autorización de su parte.

## **II. SUS DERECHOS COMO CLIENTE**

- A. Acceso a información protegida de salud. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de la información protegida de salud que tiene el centro con respecto a usted, en el sistema de registro designado. Puede obtener la información mencionada en papel o electrónicamente. Existen algunas limitaciones a este derecho, que será proporcionado a usted en el momento de su solicitud, si tal limitaciones aplican. Para realizar una solicitud, por favor pedirle al personal del centro, el formulario de solicitud correspondiente.
- B. Modificación de su expediente. Usted tiene el derecho de solicitar que el Centro de modifique su información de salud protegida. El Centro no está obligado a modificar el registro si se determina que el registro es preciso y completo. Hay otras excepciones, que serán proporcionados a usted en el momento de su solicitud, en su caso, junto con el proceso de apelación a su disposición. Para hacer una solicitud, pregunte al personal del Centro para el formulario de solicitud correspondiente.
- C. Informe de Divulgaciones. Usted tiene el derecho a recibir cuenta de ciertas revelaciones que ha hecho el centro con respecto a su información de salud protegida. Sin embargo, esa cuenta no incluye las divulgaciones que se hicieron con el propósito de tratamiento, pago o operaciones de atención médica. Además, la cuenta no incluye divulgaciones hechas a usted, divulgaciones hechas antes de una autorización firmada o divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003. Existen otras excepciones que se proporcionará a usted, debe solicitar una contabilidad. Para hacer una solicitud, pedile a el personal del centro el formulario.
- D. Restricciones Adicionales. Usted tiene el derecho a solicitar restricciones adicionales sobre el uso o divulgación de su información médica. El centro no tiene que aceptar la solicitud, y hay ciertos límites a ninguna restricción, que se proporcionará a usted en el momento de su solicitud. Para una solicitud, hable con un personal del centro para un formulario.
- E. Medios Alternativos de Recibir Comunicaciones Confidenciales. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones de información de salud protegida del centro por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, si no quieres que Diversus Health le envíe cuentas o otros materiales por correo a su casa, puedes pedir que esta información se envíe a otra dirección. Existen limitaciones a la a esto, que serán explicado en el momento de la solicitud. Para realizar una solicitud, hable con un personal.

- F. Restricción de Divulgaciones. Usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de su PHI a un plan de salud cuando usted paga de su bolsillo en su totalidad por el servicio de atención médica. Si usted lo solicita, Diversus Health debe aceptar una restricción en la divulgación de su PHI a un plan de salud si: ( 1 ) la divulgación de PHI sería para los efectos de establecer el pago u operaciones de cuidado de salud, y no se requiere por la ley. y ( 2 ) el PHI se refiere únicamente a un servicio de atención médica para que usted, o una persona que actúe en su nombre, ha pagado Diversus Health en su totalidad.
- G. Violación de Información: Usted tiene el derecho a ser notificado cuando un comunicado desprotegido de su PHI ha sucedido.
- H. Notas de Psicoterapia: Si su proveedor mantiene las notas de psicoterapia (notas informativas sobre su tratamiento que son separado de la historia clínica oficial), los usos y divulgaciones de la estas notas requieren autorización de suparte.
- I. Copia de este Aviso. Usted tiene derecho a obtener otra copia de esteAviso.

### **III. INFORMACIÓN ADICIONAL**

- A. Leyes de Privacidad. El Centro es requerido por leyes Federales y Estados a mantener la privacidad de la información de salud protegida. Además, el centro se requiere por ley a proporcionar a los clientes con aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a información de salud protegida. Es el propósito de esteaviso.
- B. Los Términos de la Notificación y Cambios de la Notificación. El centro está obligado a cumplir con los términos de este aviso, o cualquier aviso modificado que puede seguir. El Centro se reserva el derecho de modificar los términos de su Aviso y de hacer las nuevas provisiones del aviso para toda la información protegida de salud que mantiene. Cuando se revisa el Aviso, la Notificación revisada se publicará en los centros de prestación de servicios del Centro, y estará disponible a petición. Quejas Sobre los Derechos a la Privacidad. Si usted cree que el centro ha violado sus derechos de privacidad, usted tiene el derecho de presentar una queja ante un funcionario del centro. Para presentar una queja, llame al Oficial de Cumplimiento al 719-572-6100. Usted también tiene el derecho de presentar una queja ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. Envíe su queja a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW, Room 515F. HHH Bldg. Washington. DC 20201. Es regulación del centro que no habrá represalias por su queja.
- C. Información Adicional. Si desea información adicional sobre sus derechos de privacidad en el Centro, por favor llame al 572-6100 y pida hablar con el oficial de privacidad.

### **IV. CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS DEL ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL DEL PACIENTE**

- A. Por Leyes y Reglamentos Federales, este centro mantiene los registros del cliente sobre el abuso de drogas y uso de alcohol, confidencial. Generalmente, el programa no puede decirle a una persona afuera del programa que un paciente esta participando en el programa, o revelar información que identifica un paciente como un abusador de alcohol o drogas. A menos que:
  1. El paciente consienta por escrito:
  2. La divulgación es permitido por una orden legal, o
  3. La divulgación es hecha a un personal médico durante una emergencia médica o personal calificado para estudiar, auditoría o evaluaciones de programas.
- B. Violación de la Ley Federal y Reglamentos por un programa son un crimen. Presuntas violaciones pueden ser reportadas a las autoridades acuerdo a las regulaciones federales.
- C. Reglamentos y las leyes federales no protegen información sobre un crimen cometido por un paciente en el programa o contra cualquier persona que trabaja para el programa o cualquier amenaza de cometer tal crimen..
- D. Reglamentos y leyes federales no protege información sobre el sospecho de abuso o negligencia de un niño. Acuerdo a las leyes locales y del estado, esta información sera reportada.

(Vea: 42 U.S.C. 290dd-3 y 42 U.S.C. 290ee-3 para Leyes Federales y 42 CFR Part 2 para Regulaciones Federales).  
(Aprobado por la Oficina de Manejo y el Presupuesto bajo el control del No. 0930-0099).



## Formulario de Divulgación de Facturación de Sorpresa/Saldo

### **Facturación sorpresa : conozca sus derechos**

A partir del 1 de enero de 2020, la ley estatal de Colorado lo protege\* de la "facturación sorpresa", también conocida como "facturación de saldo". Estas protecciones se aplican cuando:

- Usted recibe servicios de emergencia cubiertos, aparte de los servicios de ambulancia, de un proveedor fuera de la red en Colorado, y/o
- Usted recibe involuntariamente servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red en una instalación dentro de la red en Colorado

### **¿Qué es la facturación de sorpresas/saldos y cuándo sucede?**

Si usted es visto por un proveedor de atención médica o utiliza servicios en un centro o agencia que no está en la red de proveedores de su plan de seguro médico, a veces conocida como "fuera de la red", puede recibir una factura por los costos adicionales asociados con esa atención. Los proveedores de atención médica fuera de la red a menudo le facturan la diferencia entre lo que su aseguradora decide es el cargo elegible y lo que el proveedor fuera de la red factura como el cargo total. Esto se denomina facturación "sorpresa" o "equilibrio".

### **Cuando NO se puede facturar por saldo: Servicios de Emergencia**

Si está recibiendo servicios de emergencia, lo máximo que puede ser facturado son los montos de costo compartido dentro de la red de su plan, que son copagos, deducibles y/o coseguro. No se le puede facturar por ninguna otra cantidad. Esto incluye tanto el centro de emergencia donde recibe servicios de emergencia como cualquier proveedor que lo vea para recibir atención de emergencia.

### **Servicios de No Emergencia en un Proveedor de Atención Médica Dentro o Fuera de la Red**

El proveedor de atención médica debe indicarle si se encuentra en una ubicación fuera de la red o en una ubicación dentro de la red que esté utilizando proveedores fuera de la red. También deben indicarle qué tipos de servicios que va a utilizar pueden ser proporcionados por cualquier proveedor fuera de la red.

**Usted tiene derecho a solicitar que los proveedores dentro de la** red realicen todos los servicios médicos cubiertos. Sin embargo, es posible que tenga que recibir servicios médicos de un proveedor fuera de la red si un proveedor dentro de la red no está disponible. En este caso, lo máximo que se le puede facturar por los servicios **cubiertos** es el monto de costo compartido dentro de la red, que son copagos, deducibles y/o coseguro. Estos proveedores no pueden cobrarle costos adicionales.

### **Protecciones adicionales**

- Su aseguradora pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su aseguradora debe contar cualquier cantidad que usted pague por los servicios de emergencia o ciertos servicios fuera de la red (descritos anteriormente) para su deducible dentro de la red y el límite de su propio bolsillo.
- Su proveedor, centro, hospital o agencia debe reembolsar cualquier cantidad que pague en exceso dentro de los sesenta días posteriores a la notificación.
- Nadie, incluido un proveedor, hospital o asegurador, puede pedirle que limite o renuncie a estos derechos.

***Si recibe servicios de un proveedor fuera de la red o de una instalación u agencia en otra situación, es posible que se le facture el saldo o que sea responsable de toda la factura. Si recibe intencionalmente servicios que no son de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, también se le puede facturar el saldo.***

- Si desea presentar una queja contra su proveedor de atención médica, puede presentar una queja en línea visitando este sitio web: [https://www.colorado.gov/pacific/dora/DPO\\_File\\_Complaint](https://www.colorado.gov/pacific/dora/DPO_File_Complaint).
- Si cree que ha recibido una factura por montos distintos de sus copagos, deducibles y/o coseguros, comuníquese con el departamento de facturación o la División de Seguros de Colorado al 303-894-7490 o al 1-800-930-3745.

**\*Esta ley NO se aplica a TODOS los planes de salud de Colorado. Solo se aplica si tiene un "CO-DOI" en su tarjeta de identificación de seguro médico.**

Comuníquese con su plan de seguro médico al número que se encuentra en su tarjeta de identificación de seguro médico o a la División de Seguros de Colorado si tiene alguna pregunta.



**Reglas de seguridad del cliente**  
(para citas en persona)

- Los clientes que tienen menos de 15 años de edad deben ser revisados por el padre/tutor en cada cita de terapia programada.
  
- Se requiere que un padre/tutor de un niño/cliente que tiene menos de 12 años de edad, permanezca en el edificio donde se proporcionan los servicios. Cualquier excepción (incluyendo permanecer en el estacionamiento) debe ser aprobada por adelantado por el personal de Diversus Health que proporciona los servicios en cada cita programada.
  
- El padre/tutor debe asistir a todas las citas médicas.
  
- El padre/tutor de un cliente que es al menos 12, pero menos de 15 años de edad puede salir de las instalaciones donde los servicios de terapia se prestan sólo después de la aprobación por el personal que presta servicios.
  
- Los clientes que tengan al menos 15 años de edad pueden recibir servicios de terapia sin un padre/tutor en las instalaciones donde se prestan los servicios. En algunos casos, el personal de Diversus Health puede optar por exigir que el padre/tutor esté presente mientras se prestan los servicios si está clínicamente indicado.
  
- Se requiere que un niño/cliente que es menor de 12 años de edad, este bajo la supervisión de un adulto por el padre/tutor en todo momento en las instalaciones de Diversus Health. El padre/tutor debe acompañar al niño/cliente mientras ocupa los baños, áreas de espera, etc. a menos que el niño/cliente esté bajo la supervisión directa del personal de Diversus Health.



**Procedimientos de respuesta ante emergencias**  
(para citas en persona)

- Si tiene preguntas sobre si Diversus Health está abierto debido al clima u otras circunstancias significativas, llame al 719-637-8989 para determinar si hay retrasos en las aperturas o cierres de las instalaciones.
- Si usted u otras personas están experimentando una emergencia médica, se llamará al 911 para responder.
- Si hay problemas en las instalaciones, como un incendio, inundaciones u otros problemas significativos de las instalaciones identificadas, siga las instrucciones del personal sobre qué acciones tomar, especialmente si se le pide que evacúe el edificio.



## Pautas Anuales de Pobreza 2021

Tamaño de hogar/ familia	Nivel 5, \$5 por día	Nivel 15, \$15 por día	Nivel 25, \$25 por día		Cargo complete por servicio	
	En o por debajo del 100%	125%	150%	175%	200%	Por encima del 200%
1	\$0-\$12,880	\$12,881- \$16,100	\$16,101- \$19,320	\$19,321- \$22,540	\$22,541- \$25,760	\$25,761+
2	\$0-\$17,420	\$17,421- \$21,775	\$21,776- \$26,130	\$26,131- \$30,485	\$30,486- \$34,840	\$34,841+
3	\$0-\$21,960	\$21,961- \$27,450	\$27,451- \$32,490	\$32,491- \$38,430	\$38,431- \$43,920	\$43,921+
4	\$0-\$26,500	\$26,501- \$33,125	\$33,126- \$39,750	\$39,751- \$46,375	\$46,376- \$53,000	\$53,001+
5	\$0-\$31,040	\$31,041- \$38,800	\$38,801- \$46,560	\$46,561- \$54,320	\$54,321- \$62,080	\$62,081+
6	\$0-\$35,580	\$35,581- \$44,475	\$44,476- \$53,370	\$53,371- \$62,265	\$62,266- \$71,160	\$71,161+
7	\$0-\$40,120	\$40,121- \$50,150	\$50,151- \$60,180	\$60,181- \$70,210	\$70,211- \$80,240	\$80,241+
8	\$0-\$44,660	\$44,661- \$55,825	\$55,826- \$66,990	\$66,991- \$78,155	\$78,156- \$89,320	\$89,321+
9	\$0-\$49,200	\$49,201- \$61,500	\$61,501- \$73,800	\$73,801- \$86,100	\$86,101- \$98,400	\$98,401+
10	\$0-\$53,740	\$53,741- \$67,175	\$67,176- \$80,610	\$80,611- \$94,045	\$94,046- \$107,480	\$107,481+

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$4,540 por cada persona adicional.



Servicios de farmacia de Génova ubicados dentro de Diversus Health

**NOTA: Durante la cuarentena COVID-19, las farmacias de Génova están cerradas al público. Sin embargo, nuestras instalaciones de Jet Wing y Moreno enviarán medicamentos por correo.**

Ubicación	Tipo	Horas	Teléfono
1795 Jet Wing Dr.	Farmacia	<b>Lunes-viernes de 8:30AM-5:00PM</b> Cerrado 12:30PM-1:00PM	719-639-2256
875 W. Moreno Ave.	Farmacia	<b>Lunes-viernes de 8:30AM-5:00PM</b> Cerrado 12:15PM-12:45PM	719-630-3421
179 S. Parkside Dr.	CMC	<b>Lunes-viernes de 8:30AM-5:00PM</b> Cerrado 12:30PM-1:00PM	719-572-6322

\* CMC=Coordinadores de medicamentos de consumo que traen medicamentos al sitio desde la farmacia



**NOTA: Durante la cuarentena COVID-19,  
a los pacientes se les pide que visiten la ubicación de Quest en**  
1380 E. Filmore St, Suite 110, Colorado Springs, CO 80907  
Teléfono: 719-465-1593 / Fax: 719-465-1652

Lunes-Viernes 7am a 5pm, Sábado 8am a 12pm  
Por favor llame primero las horas pueden haber cambiado

**\*\*Preferible hacer citas\*\***

**\*Los clientes que más tienen de 60 años o están en riesgo, pueden asistir a la hora VIP  
(la primera hora del día) \***

# Damos la bienvenida a todo animales de servicio de ADA aprobados



Para satisfacer las necesidades de todos nuestros clientes y huéspedes, es posible que un empleado le pregunte si el animal es requerido debido a una discapacidad y/o lo que el animal ha sido entrenado para realizar de acuerdo con los requisitos de cumplimiento de la ADA.



La ADA **No** reconoce los animales cuya única función es proporcionar comodidad o apoyo emocional.

[www.ada.gov/service\\_animals\\_2010.pdf](http://www.ada.gov/service_animals_2010.pdf)

Bajo la ley estatal de Colorado HB16-1426 (efectiva enero 2017), es un crimen a conscientemente representar a un animal como un animal de servicio. Por ejemplo, indicar que un animal es de servicio cuando no lo es para llevarlo a una empresa pública que generalmente no permitiría animales en las instalaciones.

Bajo la ADA, los animales de servicio deben estar atados, a menos que estos dispositivos interfieren con el trabajo del animal de servicio o la discapacidad del individuo previene el uso de estos dispositivos.

**Hay situaciones en las que podemos pedir que un animal de servicio de ADA sea retirado de las instalaciones:**

- 1) El animal está fuera de control y el manipulador no toma medidas efectivas para controlarlo.
- 2) El animal no está domesticada.



Por favor, pida hablar con un supervisor si tiene preguntas sobre la política de animales.

## Preguntas frecuentes sobre la Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD)

- 1. ¿Qué es una directiva psiquiátrica avanzada?** -Una directiva avanzada psiquiátrica no es demasiado diferente de una directiva médica avanzada, que le permite expresar sus preferencias en la medida en que su cuidado va. Esto puede ser particularmente importante si usted se vuelve incapacitado o incompetente por cualquier razón. Si no podemos garantizar que se sigan estos deseos, puede ayudarle a tener un mayor control sobre su atención de salud mental en general, especialmente en situaciones de emergencia. Por ejemplo, si hay un hospital en particular que desea utilizar para los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados, puede especificar esto dentro de la Directiva anticipada.
- 2. ¿Puedo escribir instrucciones anticipadas con respecto a medicamentos psiquiátricos y/o hospitalización?** –Sí. Si desea especificar instrucciones sobre los medicamentos o la hospitalización, incluyendo las denegaciones de cualquiera de ellos, deben tomar la forma de instrucciones a la persona que designe para representarlo e incluirlos en el Formulario Diversus Health PAD.
- 3. Si me convierto en incompetente, ¿puedo nombrar a un individuo para tomar decisiones de salud mental por mí?** –Sí. El individuo que usted designe para tomar decisiones por usted si usted se convierte en incompetente se conoce como el 'agente'. Esto se logra completando la parte 3 del documento PAD.
- 4. ¿Alguien tiene que aprobar mis instrucciones anticipadas en el momento en que las hago?** –Si designa un agente en la parte 3 del documento de Diversus Health PAD, esa persona tendrá que aceptar y firmar el documento PAD en la ubicación designada.
- 5. Si me convierto en incompetente, ¿puede mi agente tomar decisiones por mí sobre los medicamentos y/o la hospitalización?** - Sí, con sujeción a las excepciones que se examinan en la pregunta 6. En general, si usted está determinado a ser incompetente, su agente puede tomar decisiones sobre cualquier problema de atención médica que pudiera decidir si era competente. Sin embargo, puede optar por limitar la autoridad de su agente a un tipo determinado, o tipos, de decisión. Si usted desea hacer esto, usted debe documentarlo claramente en el formulario de Diversus Health PAD y discutirlo a fondo con su agente.
- 6. ¿El estatuto dice algo acerca de cuándo mis proveedores de salud mental pueden negarse a seguir mi PAD?** - Sí. Hay dos excepciones importantes a la regla general de que sus proveedores deben seguir las instrucciones de su agente. En primer lugar, si usted se somete a tratamiento involuntario o hospitalización bajo la ley de Colorado, sus proveedores ya no están obligados a seguir las instrucciones de su agente. En segundo lugar, su proveedor debe tratarle de manera "médicamente apropiada" en todo momento. Por lo tanto, si las instrucciones de su agente no se consideraban "médicamente apropiadas", su proveedor podría negarse a seguirlas.
- 7. ¿Mi agente tiene que tomar decisiones ya que piensa que yo los haría (conocido como "juicio sustituido"), o tiene que hacerlos en mis "mejores intereses"?** - Su agente debe ejercer un juicio sustituido en la medida en que pueda hacerlo, basándose en sus instrucciones anticipadas y/o en sus preferencias, tal como lo conoce el agente. Si no es posible tomar una decisión de esa manera, su agente debe tomar la decisión en su mejor interés.
- 8. ¿Hay alguna regla que diga que sólo puedo hacer instrucciones avanzadas, sólo nombrar un agente, o que debo hacer ambas cosas?** - Sí. Como se describió anteriormente, los estatutos de Colorado no permiten a los consumidores hacer instrucciones solas, con la importante excepción de las decisiones sobre el tratamiento que sustenta la vida. Los consumidores de salud mental deben nombrar un agente con el fin de participar en la toma de decisiones anticipadas.
- 9. Antes de seguir mi PAD, ¿mis proveedores de atención de salud mental necesitarían un tribunal para determinar que no soy competente para tomar una determinada decisión?** - No. La ley no especifica cómo debe evaluarse la incompetencia; en la práctica, la autoridad de su agente normalmente comenzaría en el momento en que su proveedor tratante determine que usted no es capaz de tomar sus propias decisiones de cuidado de la salud mental. Si desea que la autoridad de su agente comience en un punto diferente, puede especificar que en el documento de Diversus Health PAD.
- 10. ¿Cuánto tiempo sigue siendo válida mi PAD?** - Su Diversus Health PAD es válido durante 2 años a partir de cuándo se firmó si no lo revoca antes de ese tiempo. Usted puede revocarlo en cualquier momento; su agente también puede decidir dejar de actuar por usted en cualquier momento. La autoridad de su agente para actuar en su nombre se convierte en inválida en el caso de una separación legal o divorcio si su cónyuge es nombrado como su agente.