



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Estoy solicitando servicios de forma voluntaria a los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés). Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) puedan usar y divulgar mi información de salud con los siguientes propósitos:

- Tomar decisiones y planificar mi atención y tratamiento.
- Trabajar con otros proveedores de atención médica, incluyendo a otros profesionales dentro de los DCHS para consultar, coordinar, derivar y manejar mi cuidado y tratamiento.
- Determinar mi calificación para un plan de salud o cobertura de seguro médico y enviar las facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar una parte o la totalidad de mi atención médica;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocio que apoyan los esfuerzos de los DCHS para brindarme atención médica rentable de alta calidad y para recibir reembolso por la misma.
- Participar como un miembro Colaborador de OCHIN, tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes.
 - Comunicarse conmigo a través de MyChart, un portal seguro para pacientes en línea.
 - Como miembro del Intercambio de Información de Salud de la Comunidad Reliance.
 - Los Servicios de Salud del Condado de Deschutes son miembros de un Intercambio electrónico de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) llamado OCHIN Collaborative. Uno de los propósitos de este HIE es permitir que los proveedores de atención médica compartan electrónicamente los registros relativos a un individuo. Entiendo y estoy de acuerdo en que DCHS puede revelar cualquier información sobre mi salud, incluyendo información sobre el tratamiento por drogas y alcohol protegida por 42 CFR Parte 2, a este HIE con el propósito de compartir la información con cualquier individuo o entidad que tenga una relación de proveedor tratante conmigo en el momento en que dicha persona accede a la información. Entiendo que, si lo solicito por escrito, el HIE debe proporcionarme una lista de todas las entidades a las que se ha divulgado mi información en los últimos dos años. La HIE se encargaría de responder a la solicitud en un plazo de 30 días.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por los DCHS, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o por palabras habladas y puede incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, medicamentos y otros tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo que la información de salud usada y divulgada puede incluir rehabilitación vocacional, registros de alcohol y drogas, registros de VIH/SIDA, información genética y registros de salud mental o discapacidad del desarrollo que guardan los proveedores financiados con fondos públicos. Entiendo que es posible que me ofrezcan opciones de telesalud/teléfono para los servicios, y si es así, mi proveedor/a hablará conmigo sobre si esto es apropiado para mis servicios.

Entiendo que el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes puede ser revisado de vez en cuando y tengo derecho a recibir una copia de cualquier versión que se revise. También entiendo que se publicará una copia o un resumen vigente de la versión más reciente del Aviso de las Prácticas de Privacidad en las áreas de espera/recepción.

Entiendo que tengo derecho a pedir que una parte o toda mi información de salud no sea usada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes y entiendo que los DCHS no están obligado según la ley a estar de acuerdo con dichas solicitudes.

Al firmar a continuación, acepto que estoy solicitando servicios proporcionados por los DCHS, he revisado la información anterior y que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Condado de Deschutes.

Escriba con letra de molde el nombre del cliente: _____ **Fecha de Nacimiento del cliente:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____
cliente, tutor o representante personal autorizado

Nombre en letra de molde si la firma una persona distinta del cliente: _____



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN PARA ADULTOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

MRN: _____

POR FAVOR IMPRIMA: (Información del individuo que solicita los servicios)

FECHA:

Apellido	Primer Nombre	Indicial del 2o Nombre	Fecha de Nacimiento
Nombre Completo de Nacimiento		Nombre Preferido	Número de Seguro Social
¿Cuál es su género de identidad? <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Trans Mujer <input type="checkbox"/> Cuestionando <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Trans Hombre <input type="checkbox"/> Categoría adicional de género/ (u Otro), por favor especifique: _____			
¿Cuál genero se le asignó al nacer en su acta original de nacimiento? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelar		Pronombre de Preferencia (Ella, Él, Ellos/Ellas, Otro): Nombre de Preferencia:	
Información de contacto: <i>Las leyes de privacidad nos permiten comunicarnos con usted utilizando su método preferido, cuando sea razonable. Al completar esta sección, está notificando a los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS, por sus siglas en inglés) cómo desea que nos comuniquemos con usted, lo cual puede incluir información sobre sus servicios. Al seleccionar los métodos enumerados a continuación, usted acepta y acepta cualquier responsabilidad involucrada.</i>			
Teléfono Celular:	Está bien si le mandamos texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Está bien de dejar un mensaje de voz detallado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono de la casa:	Está bien de dejar un mensaje de voz detallado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono del trabajo:	Está bien de dejar un mensaje de voz detallado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Correo Electrónico:	Está bien de mandar un mensaje de correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Calle/Dirección Física	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal/Secundaria (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal
Condado de Residencia	El individuo vive con: <input type="checkbox"/> Vive solo/a Apellido: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____		

Razón por la cual busca los Servicios

NECESIDADES INDIVIDUALES

Intérprete/Necesidades Especiales (Por favor marque todo lo que corresponde):

Discapacidad Auditiva/Prótesis Asistencia de Lectura/Alfabetización Ninguna Otro _____

Preferred language if other than English, please indicate: _____

Deschutes County alienta a las personas con discapacidad a participar en todos los programas y actividades. Este establecimiento tiene acceso para las personas con discapacidad. Si necesita alojamiento para poder participar, por favor llame al 541-322-750



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN PARA ADULTOS

MRN: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre y Apellido de contacto de emergencia:

Parentesco	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
------------	-----------	--------	--------	---------------

* Información de Emergencia

Podemos dejar un mensaje (Por favor escoja) Sí No # de Teléfono _____

SITUACIÓN MILITAR

¿Ha servido en las Fuerzas Armadas?

Sí No

¿Está sirviendo actualmente (reserva/activo)?

Sí No

ESTADO CIVIL

- Casado/a Divorciado/a Pareja
 Soltero/a Viudo/a Otro
 Pareja Unión Libre Separado/a Legalmente

Nombre del Cónyuge/Pareja (Si corresponde):

CONDICIONES DE VIVIENDA

Por favor escoja lo que mejor describa su situación de vivienda:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Hogar de Crianza Temporal | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial/Hogar de Grupo |
| <input type="checkbox"/> Cárcel | <input type="checkbox"/> Prisión | <input type="checkbox"/> Alojamiento y Comida |
| <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (privada) | <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (con otras personas) |
| <input type="checkbox"/> Vivienda libre de Alcohol/Droga | <input type="checkbox"/> Hogar Oxford | <input type="checkbox"/> Otro tipo de Residencia Privada |
| <input type="checkbox"/> Residencia Privada (Casa) | <input type="checkbox"/> Residencia Privada (familiar) | <input type="checkbox"/> Residencia Privada (amistades) |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial(SUD) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (BRS) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (CSEC) |
| <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SCIP/SAIP) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SRTF para YAT) |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Residencia Segura (STRF Adulto) | <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (RTH para YAT) |
| <input type="checkbox"/> Centro Residencial de Cuidados Sub-Agudos | | |



APLICACIÓN PARA ADULTOS

MRN: _____

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO			
Raza/Etnicidad (Por favor marque todas las que aplican):			
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Chicano/a
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro
<input type="checkbox"/> Americano Mexicano	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Dos o más razas	<input type="checkbox"/> Una Raza	<input type="checkbox"/> Portorriqueño	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino(a)Chicano/a
<input type="checkbox"/> Múltiples orígenes hispanos, latinos/as o españoles	<input type="checkbox"/> Otro Hispano Latino/a o de Origen Español	<input type="checkbox"/> Desconocido(a)	<input type="checkbox"/> El paciente se reusó
Afiliaciones Tribales (Por favor marque todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw		
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grand Ronde	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Siletz		
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas Umatilla	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs		
<input type="checkbox"/> Tribu Coquille Indian	<input type="checkbox"/> Indios Cow Creek Band de Umpqua		
<input type="checkbox"/> Tribus Klamath	<input type="checkbox"/> No Corresponde		
<input type="checkbox"/> Otra (Por favor describa):			

SITUACIÓN LEGAL		
Por favor escoja la que mejor describa su situación		
<input type="checkbox"/> Cliente Divergente por DUIL	<input type="checkbox"/> Cliente Convicto por DUIL	<input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 30 Días
<input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 90 Días	<input type="checkbox"/> Compromiso Civil de 180 Días	<input type="checkbox"/> Encarcelado
<input type="checkbox"/> Libertad bajo Palabra	<input type="checkbox"/> Libertad Condicional	<input type="checkbox"/> Ayuda y Asistencia
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Custodia Involuntaria	<input type="checkbox"/> Custodia (Protección de Menores)
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Custodia (Tribunal)	<input type="checkbox"/> Juvenil PSRB
<input type="checkbox"/> Desconocido(a)	<input type="checkbox"/> Ninguno(a)	<input type="checkbox"/> Desvío de la cárcel antes del arresto
<input type="checkbox"/> Comité de Revisión de Servicios Psiquiátricos (PSRB)		<input type="checkbox"/> Desvío de la cárcel después del arresto

EDUCACIÓN
Marque el grado más alto cursado por el individuo
K <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12/GED <input type="checkbox"/> AA/AS <input type="checkbox"/> BA/BS <input type="checkbox"/> MA/MS <input type="checkbox"/>
Doctorado/Psicólogo/Doctor en Medicina <input type="checkbox"/> Cursos tomados en el Colegio <input type="checkbox"/>

OTRA INFORMACIÓN
Derivado por:
¿Está involucrado el Servicio de Protección Infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Trabajador Social <input type="checkbox"/> # de Teléfono <input type="checkbox"/>
¿Tiene una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y/o una Instrucción Anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, proporcione una copia a nuestro personal.



APLICACIÓN PARA ADULTOS

MRN: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

SEGURO DE SALUD	
Nombre del Individuo que necesita los Servicios	Nombre de la Persona Responsable, si es distinto
ID # del Seguro de Salud Primario*(OHP, Medicare, etc.)	Fecha de Nacimiento del Asegurado*(Obligatorio si no es el mismo)
ID # del Seguro de Salud Secundario	Fecha de Nacimiento del Asegurado*(Obligatorio si no es el mismo)

SITUACIÓN LABORAL
Por favor escoja lo que mejor describa su situación laboral
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No está en la Fuerza Laboral <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro (voluntario, etc.) <input type="checkbox"/> Paciente de Hospital, Encarcelado u otra Institución Residencial <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Empleo Protegido (Opportunity Foundation, Good Will, etc.)
¿Quieres ayuda con el empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INGRESO					
La información en este formulario se usa para determinar la elegibilidad de nuestro programa de tarifa variable					
Fuente de Ingreso Mensual del Grupo familiar	Usted	Esposo/a	Padre(s)	Otro	Total
Sueldos (salarios, propinas, etc.)					
Ayuda Pública					
Jubilación/Pensión/Seguro Social					
Discapacidad/Seguro Social por Discapacidad					
Otro					
Ninguno: Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene:					

Deschutes County alienta a las personas con discapacidad a participar en todos los programas y actividades. Este establecimiento tiene acceso para las personas con discapacidad. Si necesita alojamiento para poder participar, por favor llame al 541-322-7500.



APLICACIÓN PARA ADULTOS

MRN: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

MIEMBROS DE LA FAMILIA Y DEPENDIENTES

La información en este formulario se usa para determinar la elegibilidad de nuestro programa de tarifa variable

Enumere los miembros de la familia que viven con usted en cada categoría

Usted	Cónyuge/Pareja	Tutor/Padre/Madre	Dependiente
1			

- ❖ Confirmando que la información entregada es correcta y sé que necesito entregar verificación para que sea aprobada. A pesar de tener seguro o de que puedo proporcionar la verificación, soy responsable del saldo en mi cuenta de los servicios profesionales prestados por DCBH. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y financiera necesaria para procesar las reclamaciones de seguros.
- ❖ Le notificaré a DCBH inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.
- ❖ Se me explicó el proceso financiero y de escala de tarifa variable si perdiera OHP / Medicaid / Medicare / Seguro privado.

Firma de la Persona Responsable	Fecha
---------------------------------	-------

Por favor no escriba en el recuadro sombreado (Sólo para uso del personal)

STAFF VERIFICATION CHECKLIST (attach copies)	
Proof of ID: Photo ID, Drivers License, Birth Certificate, Social Security Card	Sliding Fee amount:
	Effective Date
Staff Signature Line-please sign after explaining financial and sliding fee scale to responsible party Signature:	Date of staff signature