



## Paquete de Bienvenida para Nuevo Paciente

### NÚMERO DE PÁGINA REFERENCIA

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Carta a los Pacientes.....                                                                                         | 2  |
| Ubicaciones .....                                                                                                  | 2  |
| Registro .....                                                                                                     | 3  |
| Política de Cancelación .....                                                                                      | 3  |
| Información De Facturación, Pago Y Remisión.....                                                                   | 3  |
| Descuento De Precios De Medicamentos Y Recargas De Medicamentos .....                                              | 4  |
| Política de medicamentos .....                                                                                     | 4  |
| Derechos y responsabilidades del paciente .....                                                                    | 5  |
| Aviso de prácticas de privacidad y notificación al consumidor sobre prácticas de información de salud (HIPAA)..... | 6  |
| Acuerdo de hogar médico centrado en el paciente (PCMH) .....                                                       | 13 |

### A NUESTROS VALIOSOS PACIENTES:

*Absolutamente NO FUMAR O VAPEAR está permitido en nuestra propiedad. Gracias por su cooperación.*

**Bienvenido a Shortgrass Community Health Center, Inc. (SCHC)**  
***Queremos que su experiencia con nosotros sea lo más cómoda y conveniente posible.***

SCHC es un centro de salud comunitario privado sin fines de lucro que brinda servicios médicos integrales, primarios y preventivos a familias e individuos, independientemente de la capacidad de pago. Nos esforzamos por ser un hogar médico centrado en el paciente (PCMH), que es un programa innovador para mejorar la atención primaria de nuestra población de pacientes. El programa brinda información práctica sobre la organización de la atención en torno a las necesidades del paciente, el trabajo en equipo y la coordinación y el seguimiento de la atención a lo largo del tiempo.

Los servicios proporcionados en SCHC son médicos, de salud del comportamiento, dentales, de la vista, de trastornos por uso de sustancias y terapia de adicciones, así como farmacia 340b. SCHC se esfuerza por ser una ventanilla única para todas las necesidades de salud de la familia.

SCHC se esfuerza por brindar atención médica asequible y de calidad a los residentes de nuestra área de servicio. Nuestros médicos y personal están comprometidos a mantenerlo a usted y a su familia saludables, a tarifas que usted puede pagar. Si tiene cobertura médica, nuestro personal continuará presentando reclamos a su compañía de seguros, Medicaid, SoonerCare o Medicare en su nombre. Si cree que podría ser elegible para Medicaid/SoonerCare, nuestro personal estará disponible para ayudarlo con el proceso. Para continuar con nuestro nivel actual de servicios, será necesario cobrar la tarifa necesaria a todos nuestros pacientes cuando reciban los servicios. Esto incluye el copago de Medicare y el seguro privado, así como la tarifa mínima para el programa de tarifa de descuento de escala móvil.

**Para los pacientes que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica, nuestras tarifas seguirán descontadas, en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Para aquellos que califiquen, se cobrará una tarifa mínima por cada servicio realizado. (Ej.: visita al consultorio, laboratorio, rayos X, etc.) Para calificar para el programa de descuento de tarifa variable, los pacientes deben completar una solicitud de tarifa variable anualmente y actualizar la información de inmediato si hay algún cambio en los ingresos o el tamaño del hogar. Los copagos se basan en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Se requerirá comprobante de ingresos para evaluar la solicitud. La solicitud y toda la documentación deben presentarse en la primera visita o puede estar sujeto a cargos completos.**

SCHC entiende que a algunos pacientes les puede resultar difícil pagar los servicios cuando los reciben. Para los pacientes que experimentan dificultades financieras repentinas y no pueden realizar el pago, comuníquese con nuestro departamento de finanzas para hacer los arreglos financieros. SCHC se esfuerza por comprender y trabajar con pacientes que enfrentan dificultades financieras repentinas. SCHC no es una "clínica gratuita" y es fiscalmente responsable de mantener prácticas comerciales sólidas y ser fiscalmente responsable. Creemos que ningún paciente se sorprende con una factura por atención y podemos identificar cuál será su responsabilidad por los servicios prestados en Shortgrass antes de su cita. Si necesita un "estimado de buena fe" antes de los servicios, pídale a la recepcionista que complete un formulario con los costos estimados.

Gracias por elegirnos como su hogar de atención médica!

## **UBICACIONES**

### **SCHC – Hollis Center**

*(Medicina familiar, pediatría, salud del comportamiento, tratamiento de trastornos por uso de sustancias, odontología, optometría, farmacia 340B, psiquiatría)*  
400 E. Sycamore Hollis, OK 73550  
Teléfono principal: 580-688-2800  
Número de fax: 580-688-2193  
Horas: L-J, 8:00 A.M.–5:00 P.M.  
Viernes, 8:00 A.M.–2:00 P.M.

### **SCHC Farmacia**

400 E. Sycamore Hollis, OK 735501  
Teléfono principal: 580-688-2800  
Número de fax: 580-688-2193  
Horas: L-J, 8:00 A.M.–5:00 P.M.  
Viernes, 8:00 A.M.–2:00 P.M.

### **SCHC – Altus Mobile**

*(Medicina familiar, pediatría, salud conductual, tratamiento de trastornos por uso de sustancias, psiquiatría)*  
101 S. Hudson  
Altus, OK 73521  
Teléfono principal: 580-688-2800  
Número de fax: 580-688-2193  
Horas: L-J, 8:00 AM-5:00 PM  
Viernes, 8:00 A.M.–2:00 P.M.

### **SCHC – Sayre Mobile**

*(Práctica familiar, Pediatría, Salud del Comportamiento, Tratamiento de Trastorno por Uso de Sustancias, psiquiatría )* 1505 Watts Street,  
Sayre, OK 73662  
Teléfono principal: 580-688-2800  
Número de fax: 580-688-2800  
Horas: L-J, 8:00 A.M.-5:00 P.M.  
Viernes, 8:00 A.M. – 2:00 P.M.

## **REGISTRO**

Para que su visita con nosotros sea lo más fluida y rápida posible, es necesario que llame para programar una cita. Si su cita es para una visita de rutina o de seguimiento, hablará con un miembro del personal para programar una cita. Si llama por una situación urgente, se hará todo lo posible para programar una cita el mismo día con su proveedor o el proveedor sin cita previa.

**Si se enferma cuando SCHC está cerrado, llame al SCHC fuera del horario de atención al teléfono (580) 688-2800 y siga las instrucciones provistas sobre qué medidas tomar:**

- **Si es una emergencia, llame al 9-1-1**

Debe asegurarse de llevar su tarjeta de identificación a cada visita si está cubierto por Medicaid, SoonerCare, Medicare o un seguro privado. Infórmenos si su compañía de seguros o su elegibilidad para el seguro cambian, o si tiene un cambio de dirección, número(s) de teléfono u otra información pertinente que afecte su cuenta. Lleve los registros de vacunación de sus hijos a cada una de sus citas.

**Si está tomando medicamentos recetados por otro médico, lleve todos los frascos de medicamentos a su cita.**

## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y NO PRESENTACIÓN**

Shortgrass Community Health Center, Inc. se complace en que nos haya elegido para brindarle a usted y a su familia una atención excelente. Es nuestra política solicitarle que realice todos los cambios o cancelaciones de sus citas con 24 horas de anticipación. Entendemos que surgen situaciones que pueden impedir que nos avise con anticipación. Háganos saber lo antes posible y tenga en cuenta que es posible que tengamos que reprogramarlo si llega más de 15 minutos tarde. Esto es para mantener a nuestros proveedores a tiempo y evitar demoras para otros pacientes. Pedimos a todos los pacientes nuevos que lleguen al menos 30 minutos antes de la cita para completar toda la documentación necesaria. Se anotarán múltiples citas incumplidas o tardías y podrían resultar en tarifas de citas incumplidas. Si usted o el paciente faltan a más de tres citas consecutivas en doce meses, es posible que tengamos que suspender su posibilidad de programar futuras visitas durante los próximos seis meses, pero aún podrá solicitar una cita el mismo día. Haremos todo lo posible por ayudarlo. Tenga en cuenta que esta política no implicará la pérdida de su proveedor en SCHC; estamos aquí para usted y seguiremos brindándole atención. Gracias por ayudarnos a brindar atención a todos los que la necesitan.

## **INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN, PAGO Y REMISIÓN**

La capacidad de SCHC para permanecer abierto y brindar servicios con descuento depende en gran medida de nuestra capacidad para cobrar las tarifas que estamos obligados a cobrar, incluso cuando esas tarifas tienen descuento. Para que le descuenten sus cargos si califica, DEBE presentar un comprobante de ingresos al momento de la visita y completar la solicitud de descuento de tarifa móvil. Si esta información no se proporciona en el momento de la cita, se le cobrará el precio total de la cita.

### **FACTURACIÓN Y PAGO**

SCHC brinda servicios facturados de acuerdo con la capacidad de pago del paciente. Todos los copagos se cobran al momento del registro para la cita. Después de que se apliquen los descuentos de tarifas móviles a los cargos, el paciente es responsable de pagar las tarifas restantes, si corresponde. SCHC no es una clínica gratuita. Estaremos encantados de ayudar a cualquier paciente con un plan de pago si es necesario.

### **ESTIMACIÓN DE BUENA FE**

Es el deseo de SCHC que ninguno de sus pacientes se sorprenda con una factura inesperada. Podemos ofrecer un "estimado de buena fe" independientemente del seguro o la falta de seguro a cualquier paciente que lo solicite. SCHC hará todo lo posible en ese "estimado de buena fe" para verificar si nuestra ubicación está dentro o fuera de la red. Cualquier paciente, puede, previa solicitud, solicitar un presupuesto de buena fe. Si, al final del ciclo de facturación, la estimación fue mayor de lo que esperaba el paciente, el paciente puede solicitar una revisión o revisión de su factura. Es el deseo de SCHC rectificar cualquier disputa de acuerdo con las prácticas de facturación y los requisitos reglamentarios actuales. Tales disputas deben llevarse al CFO/CEO para su revisión y reconciliación.

### **SITUACIONES DE REFERENCIA**

SCHC es una clínica de atención primaria. Cuando un proveedor determina que es necesario derivar a un paciente a un especialista, el paciente es responsable de pagar esa factura y/o hacer arreglos de pago con ese proveedor. SCHC no es responsable ni tiene ningún control sobre los cargos y tarifas que surjan de las referencias a otras clínicas.

## **LABORATORIO y RAYOS X**

Por favor comprenda que aunque los servicios que contratamos a través de hospitales locales tienen descuento, SCHC no tiene control sobre la factura que recibe un paciente por leer esos resultados o cualquier costo adicional que el hospital pueda cobrar. Un hospital está obligado por ley a que un radiólogo evalúe todas las radiografías, y la factura de ese radiólogo es independiente de nuestros servicios. Es responsabilidad del paciente pagar por estos servicios adicionales según lo requiera el hospital.

SCHC tiene contratos con Lab Corp para obtener descuentos para ciertas pruebas de laboratorio. Las tarifas de laboratorio no tendrán cargos adicionales de lectura. El monto que paga el paciente incluye la tarifa total de esos servicios y debe pagarse antes de recibir el servicio de laboratorio

## **DESCUENTO DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y RECARGAS DE MEDICAMENTOS**

### **PROGRAMA DE DROGAS DE DESCUENTO**

Si un paciente califica para un programa de medicamentos gratuitos, SCHC intenta ayudar a los pacientes con el papeleo requerido para que puedan recibir sus medicamentos. No es responsabilidad exclusiva de SCHC completar toda la documentación necesaria. Se espera que el paciente participe en completar ciertos trámites para este servicio.

Debido al estado de calificación federal de SCHC, podemos comprar medicamentos con un descuento significativo sobre los precios regulares de farmacia. Esto se basa en una escala de porcentaje (%), por lo tanto, cuando un medicamento cuesta menos, hay un descuento menor. Cuando un medicamento cae en el rango de precio más alto, el descuento se vuelve mucho más significativo. Por favor, siéntase libre de tomar nuestra receta escrita y comparar precios antes de comprar.

Aunque en la mayoría de los casos el precio del Programa de medicamentos con descuento 340B es menor, podría haber casos en los que el precio sea muy similar en todas las farmacias. Actualmente, la farmacia de SCHC participa en el Programa de medicamentos con descuento 340B. Pregunte al personal por las farmacias participantes.

### **RECARGAS**

Puede llamar a su farmacia durante su horario de atención habitual para solicitar un resurtido. Tenga la solicitud de reabastecimiento por FAX de la farmacia a SCHC al (580) 688-2193. Permita al menos 5 días hábiles para recargar medicamentos. Si espera hasta que se le acabe el medicamento, puede haber un retraso en el resurtido de su receta. Asegúrese de dejar tiempo extra para los fines de semana y días festivos. Si se queda sin su medicamento en un fin de semana o feriado, habrá un retraso en el resurtido de su receta hasta que el centro vuelva a abrir. Solicite a su farmacia que envíe por fax la solicitud de resurtido al médico que utiliza y llame a su farmacia antes de recoger su medicamento.

## **POLÍTICA DE MEDICAMENTOS**

Las siguientes políticas son para garantizar su seguridad y nuestra capacidad continua para tratarlo de la manera más efectiva posible. Lea esto detenidamente.

1. Los medicamentos deben tomarse solo según lo recetado por nuestros médicos y debe notificar a nuestros proveedores cuando otra persona o médico le administre un medicamento.
2. Cualquier medicamento que se pierda, extravíe, robe, destruya o termine antes de tiempo puede ser reemplazado a discreción del proveedor.
3. No debe compartir, vender o permitir que otros tengan acceso a estos medicamentos.
4. Todas las recetas deben obtenerse en la misma farmacia, cuando sea posible. Si surgiera la necesidad de cambiar de farmacia, nuestra oficina debe ser informada.
5. El médico que receta y el personal tienen permiso para analizar los detalles del diagnóstico y el tratamiento con los farmacéuticos dispensadores u otros profesionales que brindan su atención médica con el fin de garantizar la responsabilidad de los medicamentos.
6. Los resurtidos se realizarán únicamente durante el horario habitual de oficina.
7. Los resurtidos de medicamentos se darán a discreción del proveedor. El proveedor puede pedirle que regrese a la clínica para una cita de seguimiento antes de que se le renueve la receta.
8. **Los medicamentos de CLASE II deben ser surtidos por la farmacia dentro de los 5 días de haber sido escritos. Si su receta vence, debe devolverla a nuestra oficina antes de que se le emita otra receta..**
9. Debe asistir a sus citas programadas de manera oportuna. Si no se presenta a una cita, es posible que su medicamento no se renueve.
10. Debe avisarnos con 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Si no proporciona este aviso, puede estar sujeto a las consecuencias enumeradas en el n.º 9 anterior.
11. Es posible que se soliciten pruebas aleatorias de drogas en orina y/o recuento de pastillas. La presencia de

sustancias no autorizadas, resultados anormales o un conteo de píldoras inexacto puede resultar en la interrupción de sus medicamentos controlados, incluidos, entre otros, los analgésicos opioides..

Su equipo de atención médica en SCHC está dedicado a su seguridad y buena salud. Esta política está diseñada para garantizar su seguridad y ayudarnos a nosotros y a usted a cumplir con los estándares de buena atención médica, así como con las leyes estatales y federales.

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Todas las personas que reciben servicios de Shortgrass Community Health Center, Inc. conservarán y disfrutarán de todos los derechos, beneficios y privilegios que garantizan las leyes y la constitución del Estado de Oklahoma y los Estados Unidos de América, excepto aquellos específicamente perdidos a través del debido proceso. Además, todas las personas tendrán el derecho garantizado por la Declaración de Derechos del Cliente de Abuso de Sustancias, a menos que estas normas o una orden de un tribunal de jurisdicción competente autoricen específicamente una excepción. Cada Cliente/Consumidor será notificado de estos derechos garantizados en el momento de la admisión. Si el Cliente/Consumidor no puede entender el idioma de la Declaración de Derechos, se le dará una explicación oral en el idioma que la persona pueda entender. Cada persona atendida por Shortgrass Community Health Center, Inc. puede esperar:

1. Ser tratado con respeto y dignidad por parte del personal que proteja, promueva y respete la dignidad humana.
2. El derecho a un ambiente de vida o tratamiento seguro, sanitario y humano.
3. El derecho a un entorno psicológico humano que lo proteja de daños, abusos, negligencia y/o explotación.
4. A recibir servicios en un entorno que brinde privacidad razonable, promueva privacidad razonable, promueva la dignidad personal y brinde la oportunidad de mejorar el funcionamiento.
5. El derecho a recibir servicios o derivación adecuada sin discriminación por motivos de raza, color, edad, género, estado civil, orientación sexual, religión, valores espirituales, origen nacional, grado de discapacidad, condición de discapacidad, estado legal y/o el capacidad de pago de los servicios.
6. Nunca ser descuidado y/o abusado, acosado, humillado o castigado sexual, física o verbalmente o de otro modo.
7. El derecho a recibir servicios rápidos, competentes y apropiados y un plan de tratamiento individual.
8. A tener la oportunidad de participar en la planificación del tratamiento y dar su consentimiento, o negarse a dar su consentimiento para el tratamiento propuesto, a menos que un tribunal de jurisdicción competente restrinja estos derechos o en situaciones de emergencia definidas por la ley.
9. El derecho a permitir que los miembros de la familia u otras personas importantes participen en su tratamiento y planificación del tratamiento.
10. El derecho a que sus registros sean tratados de manera confidencial dentro de 42 CFR parte 2 y las regulaciones de HIPAA.
11. El derecho a revisar sus registros de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por Shortgrass Community Health Center, Inc. que están de acuerdo con las leyes estatales y federales, incluido 42 CFR Parte 2 y las regulaciones de HIPAA.
12. El derecho a negarse a participar en cualquier proyecto de investigación o experimento médico sin el consentimiento informado específico según lo define la ley y que dicha negativa no afectará los servicios disponibles para la persona atendida.
13. El derecho a solicitar la opinión de un consultor médico o psiquiátrico externo, a costa de la persona servida.
14. El derecho a agravios de activos con respecto a cualquier supuesta infracción de estos derechos declarados o cualquier otro derecho otorgado.
15. Los derechos a nunca ser objeto de represalias o estar sujeto a condiciones adversas o servicios de tratamiento, única o parcialmente por haber hecho valer cualquiera de los derechos de la persona atendida enumerados en este documento.
16. El derecho a que sus fondos sean administrados de una manera ética y apropiada que prohíba el abuso fiduciario.
17. El derecho a mecanismos que faciliten el acceso y/o derivaciones a servicios legales, servicios de defensa, grupos de autoayuda, tutores y curadores.
18. El derecho a ser informado de que los servicios pueden ser denegados y que podría haber consecuencias por la denegación de servicios.
19. El derecho a una expresión de elección de divulgación de información.
20. El derecho de elección de servicios concurrentes.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. REVÍSELA DETENIDAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, póngase en contacto con el Oficial de Privacidad del Shortgrass Community Health Center al: (580) 688-2800.

### **QUIÉN CUMPLIRÁ CON LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRITAS EN ESTE AVISO**

Este Aviso de prácticas de privacidad (el Aviso) describe las prácticas de privacidad de *Shortgrass Community Health Center* (SCHC) y los miembros del personal (incluidos empleados, contratistas, médicos, personal de enfermería, otro personal con licencia o certificado, voluntarios y personal de recepción, de facturación y administrativo) que necesitan utilizar su información de salud para realizar su trabajo. También se aplica a cualquier persona autorizada a ingresar información en su registro del SCHC. Sus otros proveedores de atención médica pueden tener políticas diferentes con respecto al uso y la divulgación de la información de salud creada en su SCHC.

### **ACERCA DE SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Comprendemos que la información de salud sobre usted y su salud es personal. Proteger su información de salud es importante para nosotros. Creamos un registro de la atención y los servicios que usted recibe en SCHC. Este registro es necesario para proporcionarle una atención médica de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. En ocasiones, por diversos motivos, la ley nos permite o nos exige que usemos o divulguemos su información de salud. La información de salud que la ley nos permite o nos exige que divulguemos puede ser compartida por los destinatarios y ya no estará protegida por la ley o por las garantías y restricciones existentes como cuando está en nuestro poder.

Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por SCHC. Esto incluye los elaborados por el personal del SCHC o por otros proveedores de atención médica y los almacenados y transmitidos electrónicamente o por otros medios. La ley nos exige:

- mantener la privacidad de la información de salud que lo identifique (con ciertas excepciones);
- proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud que recopilamos y conservamos sobre usted; y
- cumplir con los términos de este Aviso que está actualmente en vigor.

### **CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar información de salud sin obtener su autorización previa. A continuación de cada categoría encontrará una explicación. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones dentro de cada categoría. Sin embargo, todas las formas en que tenemos permitido usar y divulgar información se incluyen en una de estas categorías. Puede haber situaciones en las que otras leyes, además de la HIPAA (como las leyes que rigen los registros de trastornos por consumo de sustancias de un paciente), prohíban o modifiquen sustancialmente la forma en que usamos o divulgamos su información de salud. En esos casos, cumpliremos con la ley más estricta. Las leyes más restrictivas se resumen en la sección de este Aviso titulada "Excepción para leyes más restrictivas".

- **DIVULGACIÓN A PETICIÓN SUYA.** Podemos divulgar información de salud cuando usted lo solicite. Esta divulgación a petición suya puede requerir una autorización por escrito de su parte.

**PARA EL TRATAMIENTO.** Podemos utilizar su información de salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información de salud sobre usted a médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes u otro personal SCHC que participe en su atención en este establecimiento. Por ejemplo, es posible que un médico que lo trate por una fractura en la pierna necesite saber si usted tiene diabetes, debido a que esta afección puede retrasar el proceso de curación. Además, es posible que el médico tenga que informarle al trabajador social si tiene diabetes, para que podamos organizar el seguimiento adecuado. La información de salud también puede ser compartida por distintas áreas SCHC, con el fin de coordinar los cuidados diversos que usted necesite, como medicamentos, análisis de laboratorio y radiografías. También podemos divulgar información de salud sobre usted a personas ajenas al SCHC que pueden estar involucradas en su atención de salud después de que usted se vaya SCHC, como personal de enfermería, trabajadores sociales, sus familiares o miembros del clero. También podemos usar y divulgar la información de salud para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.

**PARA EL PAGO.** Podemos usar y divulgar su información de salud para que el tratamiento y los servicios que recibe en SCHC se le puedan facturar y cobrar a usted, a una aseguradora o a un tercero, como la compensación para trabajadores por accidentes de trabajo. Por ejemplo, es posible que necesitemos proporcionarle a su plan de salud información acerca de un procedimiento que recibió en SCHC, para que este nos pague o le reembolse el procedimiento o los servicios prestados. También podemos informarle a su plan de salud acerca de un tratamiento que recibirá para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan de salud cubrirá el tratamiento.

**PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.** Podemos utilizar y divulgar información de salud sobre usted para nuestras actividades de operación de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar SCHC de manera eficiente y para asegurarse de que todos nuestros pacientes reciben una atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar la información de salud para revisar la seguridad y la calidad de nuestro tratamiento y servicios y para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos combinar y analizar la información de salud de muchos pacientes SCHC con el fin de decidir qué servicios

adicionales debería ofrecer, cuales son innecesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos divulgar información a médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes, voluntarios y otro personal SCHC con fines de revisión y aprendizaje. Además, podemos combinar la información de salud que tenemos con la de otros centros para comparar nuestro desempeño y ver posibles áreas de mejora en la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos eliminar información que lo identifique de este conjunto de información de salud para que otros puedan usarlo con el fin de estudiar la atención médica y la prestación de esta sin saber quiénes son los pacientes específicos.

## **USOS Y DIVULGACIONES ADICIONALES DE LA INFORMACIÓN DE SALUD:**

**SEGÚN LO EXIGIDO POR LA LEY.** Divulgaremos su información de salud cuando así lo exijan las leyes o regulaciones federales, estatales o locales.

**DIRECTORIO.** Es posible que incluyamos cierta información limitada sobre usted en el directorio SCHC mientras sea paciente de este. Esta información puede incluir su nombre, ubicación en nuestras instalaciones, estado general y afiliación religiosa al clero. A menos que usted presente una solicitud por escrito indicando lo contrario al Oficial de Privacidad que se menciona en este documento, la información de este directorio también puede ser divulgada a las personas que pregunten por usted por su nombre.

**HOJA DE REGISTRO.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted, solicitándole que se registre cuando llegue al SCHC. También es posible que lo llamemos por su nombre cuando esté listo para ser atendido.

**RECORDATORIOS DE CITAS Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE.** Podemos usar y divulgar su información de salud para comunicarnos con usted y recordarle las citas o la atención médica que recibirá.

**SOCIOS COMERCIALES.** Algunas de nuestras prestaciones se realizan a través de servicios contratados, proporcionados por socios comerciales. Un socio comercial puede incluir cualquier persona o entidad que reciba de nosotros su información de salud en el transcurso de la prestación de servicios para SCHC. Estos servicios pueden incluir, entre otros, servicios legales, actuariales, contables, de consultoría, de agregación de datos, de gestión, administrativos, de acreditación o financieros. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestros socios comerciales para que puedan realizar el trabajo que les hemos solicitado. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial resguarde adecuadamente esta información.

**AYUDA EN CASO DE CATÁSTROFE.** Podemos divulgar información sobre usted a una entidad que contribuya con la ayuda en caso de catástrofe para que su familia pueda ser notificada sobre su situación, estado y ubicación.

**RECAUDACIÓN DE FONDOS.** Podemos usar su información para recaudar fondos para SCHC y sus operaciones. Podemos divulgar información de salud a una fundación relacionada con SCHC para que esta pueda comunicarse con usted con el fin de recaudar fondos para el SCHC. Solo divulgamos la información de contacto, como su nombre, dirección y número de teléfono, así como las fechas en las que recibió tratamiento o servicios en SCHC. Si no desea que el Centro se comunique con usted para recaudar fondos, debe notificarlo a [*Oficial de cumplimiento* del SCHC al: (580) 688-2800, y por escrito a: [*Brittani Thibodeaux, 400 E. Sycamore St., Hollis, OK 73550*]. Además, cada comunicación de recaudación de fondos incluirá una oportunidad de no participar.

**PRODUCTOS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD.** Podemos usar y divulgar la información de salud para informarle acerca de nuestros productos o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**FAMILIARES, AMIGOS U OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN SU ATENCIÓN O EN EL PAGO DE SU ATENCIÓN.** Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, representante personal u otra persona involucrada o responsable de su atención médica sobre su ubicación en SCHC, estado general o en caso de fallecimiento. También podemos divulgar información a alguien que nos ayude a coordinar el pago de su atención. Si usted puede y está disponible para aceptar u objetar, recibirá la oportunidad de aceptar u objetar antes de realizar estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en el caso de una catástrofe incluso a pesar de su objeción si lo consideramos necesario para responder ante la catástrofe o la situación de emergencia. Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, usaremos nuestro mejor criterio en cualquier comunicación con sus familiares, representante personal y otras personas involucradas.

**INVESTIGACIÓN.** En determinadas circunstancias, podemos usar y divulgar información de salud sobre usted con fines de investigación. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede involucrar la comparación de la salud y la recuperación de todos los pacientes que recibieron un medicamento con aquellos que recibieron otro, para la misma afección. Sin embargo, todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y su uso de la información de salud, tratando de equilibrar las necesidades de la investigación con la necesidad de la privacidad de la información de salud de los pacientes. Antes de usar o divulgar información de salud con fines de investigación, el proyecto habrá sido aprobado mediante este proceso de aprobación de la investigación. Sin embargo, también podemos divulgar información de salud sobre usted a personas que se preparan para realizar un proyecto de investigación, por ejemplo, para ayudarlos a buscar pacientes con necesidades médicas específicas, siempre que la información de salud que revisen no salga SCHC.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE A LA SALUD O A LA SEGURIDAD.** Cuando sea necesario, podemos usar y divulgar información de salud sobre usted para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la de la sociedad o terceros. Por ejemplo, podemos notificar al personal de respuesta ante emergencias sobre una posible exposición al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Sin embargo, esta divulgación se haría solamente en la medida exigida o permitida por las leyes y regulaciones federales, estatales o locales.

**CAMBIO DE TITULARIDAD.** En caso de que SCHC se venda o fusione con otra organización, la información de salud y el registro médico pasarán a ser propiedad del nuevo titular, aunque usted conservará el derecho de solicitar que se transfieran copias de su información de salud a otro SCHC, grupo médico, médico u otro proveedor de atención médica.

## **SITUACIONES ESPECIALES**

**DIRECTORES DE FUNERARIAS, MÉDICOS FORENSES Y EXAMINADORES MÉDICOS.** Podemos divulgar su información de salud a los directores de funerarias según sea necesario para que lleven a cabo sus funciones. También podemos divulgar información de salud a un médico forense o a un examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa del fallecimiento.

**ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD.** Su información de salud puede ser divulgada a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por las leyes y regulaciones federales, estatales o locales. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, inspecciones, revisiones de certificación, investigaciones sobre conductas ilegales y cumplimiento de otras leyes y regulaciones. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

**RECLUSOS.** Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, podemos divulgar información de salud sobre usted a dicha institución o a dicho funcionario, si la divulgación es necesaria (a) para que la institución le brinde atención médica; (b) para proteger su salud y seguridad o la de terceros; o c) para la seguridad del instituto correccional.

**CUMPLIMIENTO DE LA LEY.** Podemos divulgar su información de salud si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en las siguientes circunstancias: (a) en respuesta a una orden judicial, citación, mandato judicial, orden de comparecencia o procedimiento similar; (b) para identificar o localizar a un sospechoso fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (c) sobre la víctima de un delito, si, en determinadas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona; (d) sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva; (e) sobre conductas delictivas en SCHC; o (f) en situaciones de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Sin embargo, en muchas situaciones tenemos prohibido compartir, y no lo haremos, su información de salud para investigaciones o acciones legales relacionadas con el acceso a la atención médica reproductiva y los servicios, cuando dicha atención sea legal tal como se proporcionó. Por ejemplo, la ley nos prohíbe usar o divulgar su información de atención médica reproductiva en numerosas ocasiones para: (a) responder a solicitudes de investigación, órdenes judiciales o citaciones que soliciten información o impongan responsabilidad a cualquier persona por buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legalmente proporcionada; o (b) identificar a cualquier persona que sea objeto de una investigación o acción legal penal, civil o administrativa, incluidas las investigaciones policiales, los procesos penales, los procedimientos de derecho de familia o los procedimientos de certificación estatal, por buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención médica reproductiva legalmente proporcionada.

Algunos ejemplos de buscar, obtener, proporcionar o facilitar la atención médica de la salud reproductiva incluyen: el uso de atención médica de la salud reproductiva; realizar, proporcionar o pagar servicios de atención médica reproductiva; proporcionar información sobre la atención médica reproductiva; organizar, asegurar, administrar, proporcionar cobertura, aprobar o proporcionar asesoramiento sobre atención médica reproductiva; o intento de alguna de estas actividades.

**DEMANDAS Y DISPUTAS.** Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información de salud en la medida en que una orden judicial o administrativa lo autorice expresamente. También podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación, pedido de presentación de pruebas u otro procedimiento legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos razonables para notificarlo de la solicitud (lo que puede incluir un aviso por escrito) y usted no se ha opuesto, o para obtener una orden que proteja la información solicitada. En cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo contra una persona, no utilizaremos ni compartiremos información sobre sus registros de tratamiento por abuso de sustancias a menos que una orden judicial nos lo exija o que usted nos dé su permiso por escrito.

**MILITARES Y VETERANOS.** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar información de salud sobre usted según lo exijan las autoridades militares. También podemos divulgar información de salud sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

**SEGURIDAD NACIONAL Y ACTIVIDADES DE INTELIGENCIA.** Podemos divulgar información de salud sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

**ORGANIZACIONES DE OBTENCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.** Si usted es donante de órganos, podemos divulgar información de salud a organizaciones que se ocupen de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

**SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA EL PRESIDENTE Y TERCEROS.** Podemos divulgar información de salud sobre usted para autorizar a funcionarios federales a brindar protección al Presidente, a otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros o para realizar investigaciones especiales.

**INFORMES DE SALUD PÚBLICA.** Podemos divulgar información de salud sobre usted para actividades de salud pública. Esta divulgación se hará solamente si usted lo acepta o cuando lo exija o autorice la ley. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente: a) prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidad; b) notificación de los nacimientos y fallecimientos; (c) denuncia del abuso o el abandono de niños, ancianos y adultos dependientes; (d) denuncia de reacciones a medicamentos o problemas con productos; (e) aviso a las personas sobre los retiros de productos que puedan estar usando; y (f) aviso a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

**VÍCTIMAS DE ABUSO, ABANDONO O VIOLENCIA DOMÉSTICA.** Podemos divulgar su información de salud para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica. Esta divulgación se hará solamente cuando así lo exija o autorice la ley.

**COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR ACCIDENTES DE TRABAJO.** Podemos divulgar información de salud sobre usted para la compensación para trabajadores por accidentes de trabajo o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**AUTORIZACIONES DE SEGURIDAD.** Podemos utilizar su información de salud para tomar decisiones con respecto a su aptitud médica para una autorización de seguridad o la prestación de servicios en el extranjero. También podemos divulgar su determinación de aptitud médica a los funcionarios del Departamento de Estado que necesiten acceso a dicha información para estos fines.

**EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS DE PERSONAL.** Podemos divulgar información de salud a una agencia gubernamental estatal o local o a un equipo multidisciplinario de personal relevante para la prevención, identificación, control o tratamiento de un niño abusado y sus padres, o del abuso y abandono de ancianos.

**CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN DE SALUD.** En determinadas circunstancias, su información de salud puede ser objeto de restricciones adicionales que pueden limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos en este Aviso de prácticas de privacidad. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso o divulgación de ciertas categorías de información de salud, como: a) información sobre el tratamiento del sida y los resultados de las pruebas de detección de VIH; (b) tratamiento para afecciones de salud mental y notas de psicoterapia; (c) información sobre el tratamiento por alcohol, abuso de drogas y dependencia química; d) información genética; o (e) información sobre la atención médica reproductiva, están sujetas a restricciones especiales. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la divulgación de la información del paciente para fines que no estén relacionados con el programa.

## **USOS Y DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA REPRODUCTIVA QUE REQUIEREN CERTIFICACIÓN**

De conformidad con la ley, si recopilamos, recibimos o conservamos información de salud que esté potencialmente relacionada con su atención médica reproductiva, en algunos casos debemos obtener de los destinatarios de la información de salud una certificación de que no usarán ni compartirán esa información para un propósito prohibido por la ley. Las siguientes situaciones requieren certificación:

**ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN DE LA SALUD.** Podemos compartir su información de atención médica reproductiva para auditorías o inspecciones de agencias de supervisión de la salud, investigaciones o procedimientos civiles o penales, o acciones de certificación.

**PROCEDIMIENTOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS.** Podemos compartir su información de atención médica reproductiva en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación o pedido de presentación de pruebas.

**CON FINES DE CUMPLIMIENTO DE LA LEY.** Podemos compartir su información de atención médica reproductiva con fines de cumplimiento de la ley, incluida la respuesta a un mandato judicial por escrito o a la solicitud de información por parte de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley acerca de una víctima de un delito.

**MÉDICOS FORENSES O EXAMINADORES MÉDICOS.** En algunas situaciones, podemos compartir su información de atención médica reproductiva con un médico forense o un examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de muerte u otras tareas autorizadas por la ley.

## **CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS PSIQUIÁTRICOS O DE SALUD MENTAL**

La confidencialidad de sus expedientes psiquiátricos o de salud mental que mantiene SCHC está protegida por leyes federales y estatales. Sin embargo, podemos divulgar información psiquiátrica o de salud mental que lo identifique sin su autorización en las siguientes circunstancias:

**PARA EL TRATAMIENTO.** Podemos utilizar su información psiquiátrica/de salud mental para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Solo podremos divulgar su información psiquiátrica a profesionales de la salud ajenos a esta institución si son responsables de su salud física o mental.

**PARA FINES DE PAGO.** Podemos usar o divulgar su información psiquiátrica/de salud mental para justificar o gestionar el cobro de un reclamo por el tratamiento o los servicios de salud mental que reciba en SCHC.

**PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.** Podemos usar y divulgar información psiquiátrica/de salud mental sobre usted para nuestras actividades de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para que SCHC funcione de manera eficiente y para garantizar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad.

## **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL INCLUYEN:**

**DIVULGACIÓN A SU SOLICITUD.** Podemos divulgar información médica cuando usted lo solicite. Esta divulgación a su solicitud puede requerir una autorización por escrito de su parte.

**SEGÚN LO EXIGE LA LEY.** Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo exijan las leyes o regulaciones federales, estatales o locales.

**PARA PROCEDIMIENTOS Y LITIGIOS LEGALES.** Si usted está involucrado en un procedimiento judicial o administrativo (demanda o disputa), podemos divulgar información psiquiátrica/de salud mental sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o cuando dicha divulgación sea requerida o permitida por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información psiquiátrica o de salud mental a tribunales, abogados y personal judicial en el curso de un proceso de tutela y otros procedimientos judiciales o administrativos. También podemos divulgar información de salud mental sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de información o cualquier otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han realizado esfuerzos para informarle sobre la solicitud (lo que puede incluir una notificación por escrito) o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

**PARA FINES DE INVESTIGACIÓN.** Podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental a investigadores que la soliciten para proyectos de investigación médica aprobados; sin embargo, dicha divulgación debe ser autorizada mediante un proceso de aprobación especial antes de que se proporcione cualquier información a los investigadores, quienes estarán obligados a proteger la información que reciban.

**PARA EVITAR UNA AMENAZA GRAVE PARA LA SALUD O LA SEGURIDAD.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad del público o de otra persona. Por ejemplo, podemos notificar al personal de respuesta a emergencias sobre una posible exposición al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, dicha divulgación se realizará únicamente en la medida en que lo exijan o permitan las leyes y regulaciones federales, estatales o locales.

**A LAS AUTORIDADES POLICIALES.** Podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental al personal encargado de hacer cumplir la ley en circunstancias limitadas y específicas. Por ejemplo, podemos divulgar información psiquiátrica a las autoridades policiales si su médico determina que existe una probabilidad de que un paciente cause lesiones físicas inminentes (a sí mismo o a otra persona). En caso de que publique una amenaza a otra persona, informaremos a la persona en peligro y también revelaremos el nombre de la persona que representa una amenaza/peligro para las fuerzas del orden. Además, podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental si un paciente ha cometido un delito en SCHC.

**A AGENCIAS GUBERNAMENTALES.** Podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental para notificar a la agencia gubernamental correspondiente cuando así lo exija o autorice la ley (por ejemplo, si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso o negligencia).

**A AGENCIAS DE SUPERVISIÓN SANITARIA.** Podemos divulgar su información psiquiátrica/de salud mental a las agencias de supervisión sanitaria para garantizar que cumplimos con los estándares de atención y servicios y que acatamos las leyes y regulaciones aplicables. Solo realizaremos esta divulgación cuando sea requerido o autorizado por la ley.

**CATEGORÍAS ESPECIALES DE INFORMACIÓN DE SALUD.** En algunas circunstancias, su información de salud puede estar sujeta a restricciones adicionales que pueden limitar o impedir algunos usos o divulgaciones descritos en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Por ejemplo, existen restricciones especiales sobre el uso y/o la divulgación de ciertas categorías de información de salud. Por ejemplo, (1) la información sobre el tratamiento del SIDA y los resultados de las pruebas de VIH; (2) el tratamiento de afecciones de salud mental y las notas de psicoterapia (véase la explicación a continuación); (3) la información sobre el tratamiento del alcoholismo, el abuso de drogas y la dependencia química; y/o (4) la información genética, están sujetas a restricciones especiales. Además, los programas gubernamentales de beneficios de salud, como Medicare o Medicaid, también pueden limitar la divulgación de información del paciente para fines no relacionados con el programa.

**NOTAS DE PSICOTERAPIA.** Las notas de psicoterapia son notas registradas (en cualquier formato) por un profesional de la salud mental que documentan o analizan el contenido de una conversación durante una sesión de terapia individual, grupal, conjunta o familiar, y que se mantienen separadas del resto del historial médico del paciente.

Las notas de psicoterapia incluir: (a) la prescripción y el seguimiento de medicamentos; (b) las horas de inicio y finalización de las sesiones de terapia; (c) las modalidades y frecuencias del tratamiento proporcionado; (d) los resultados de las pruebas clínicas; y (e) cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. Podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o en los siguientes casos:

1. Para uso del autor de las notas;
2. En programas de formación supervisada en salud mental para estudiantes, aprendices o profesionales;
3. Por la Entidad Cubierta para defenderse en una acción legal u otro procedimiento iniciado por el individuo;
4. Para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público;
5. Para la supervisión sanitaria del autor de la nota de psicoterapia;
6. Para su uso o divulgación al forense o médico legista para informar sobre el fallecimiento de un paciente e información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de su estado físico;
7. Para su uso o divulgación necesaria para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público;
8. Para su uso o divulgación al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ("HHS") en el curso de una investigación; y/o
9. Según lo exija la ley.

Por lo general, no informaremos a nadie ajeno a SCHC que usted está recibiendo tratamiento en SCHC por un problema psiquiátrico o de salud mental.

Otros usos y divulgaciones de su información psiquiátrica o de salud mental no contemplados en este Aviso de Prácticas de Privacidad, el Anexo Psiquiátrico o las leyes que nos rigen, solo se realizarán con su autorización por escrito.

Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad general para obtener información sobre cómo revocar una autorización para el uso o la divulgación de información de salud. Sus derechos con respecto a su información de salud, descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad general, también se aplican a su información psiquiátrica/de salud mental.

## **EXCEPCIONES PARA LEYES MÁS RESTRICTIVAS**

### **INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DEL PROGRAMA DE LA PARTE 2.**

Si recibimos o conservamos información o registros sobre usted de un programa de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias ("TCS") que está cubierto por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (un "Programa de la Parte 2") y usted ha dado su consentimiento para que recibamos esta información para actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, podemos divulgar su información del Programa de la Parte 2 de TCS de acuerdo con la HIPAA (excepto según lo dispuesto en los dos párrafos siguientes). En ningún caso utilizaremos ni divulgaremos su expediente del Programa de la Parte 2 de TCS, ni testimonios que describan la información contenida en su expediente del Programa de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de ninguna autoridad federal, estatal o local, en su contra, a menos que lo autorice su consentimiento o la orden de un tribunal después de que se le notifique dicha orden judicial. No utilizaremos ni divulgaremos su expediente del Programa de la Parte 2 para fines de recaudación de fondos sin antes brindarle la oportunidad clara y evidente de optar por no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos.

## **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que conservamos sobre usted:

**DERECHO A INSPECCIONAR Y A COPIAR.** Tiene derecho a inspeccionar y a copiar la información de salud que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye los registros médicos y de facturación, pero es posible que no incluya parte de la información de salud mental. Si solicita una copia de la información de salud que puede usarse para tomar decisiones acerca de su atención, podemos cobrarle una tarifa por los costos de las copias, el envío por correo u otros suministros asociados con la solicitud. Para inspeccionar y copiar información de salud que podría usarse para tomar decisiones acerca de usted, debe presentar su solicitud por escrito a:

Shortgrass Community Health Center  
400 E. Sycamore St.  
Hollis, OK 73550

Atención: \_Brittani Thibodeaux or Ginger Creech

Podemos rechazar su solicitud de inspección y copia en circunstancias específicas. Si se le rechaza el acceso a su información de salud, puede solicitar la revisión de esta decisión. Otro profesional de atención médica con licencia elegido por SCHC revisará su solicitud y el rechazo. La persona que realice la revisión no será la misma que rechazó su solicitud. SCHC cumplirá con el resultado de la revisión.

**DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES.** Tiene derecho a solicitar que se restrinja o limite la información de salud que SCHC usa o divulga sobre usted con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar una restricción o limitación a la información de salud que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de esta, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, podría pedirnos que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió.

**NOS RESERVAMOS EL DERECHO DE ACEPTAR O RECHAZAR SU SOLICITUD.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Le notificaremos si no estamos de acuerdo con una restricción solicitada. Para solicitar restricciones, debe enviar una solicitud por escrito al SCHC a la dirección

antes mencionada. En la solicitud debe indicar: (a) qué información desea limitar; (b) si desea limitar su uso, divulgación o ambos; y (c) a quién desea que se apliquen los límites; por ejemplo, no divulgar información a su cónyuge.

**DERECHO A RESTRINGIR LA DIVULGACIÓN DE LOS SERVICIOS PAGADOS ÍNTEGRAMENTE POR USTED.** Usted tiene derecho a restringir la divulgación de su información de salud a un plan de salud si esta se relaciona con servicios de atención médica que usted pagó íntegramente de forma directa al SCHC y si la divulgación no es exigida por la ley.

**DERECHO A HACER ENMIENDAS.** Si considera que la información de salud que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar enmiendas a su información de salud durante el tiempo que dicha información sea conservada por o para SCHC. Debe presentar una solicitud por escrito para modificar su información de salud y enviarla al SCHC a la dirección antes mencionada. Debe incluir una razón que respalde su solicitud. Además, podemos rechazar la solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda;

no sea parte de la información de salud conservada por o para el Centro;

no sea parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o  
sea exacta y completa.

La ley nos permite rechazar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la solicitud.

Incluso si SCHC rechaza su solicitud de enmienda, usted tiene derecho a presentar un anexo por escrito, que no exceda las 250 palabras, con respecto a cualquier elemento o declaración en su registro que considere incompleto o incorrecto. Si indica claramente por escrito que desea que el anexo forme parte de su registro médico, lo adjuntaremos a sus registros y lo incluiremos cada vez que divulguemos un elemento o declaración que considere incompleto o incorrecto.

**SOLICITAR UN INFORME DE LAS DIVULGACIONES.** Tiene derecho a solicitar un "informe de las divulgaciones". Dicho informe es una lista de las divulgaciones que hicimos de la información de salud sobre usted que no sean nuestros propios usos para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (según se describen dichas funciones anteriormente) y con otras expectativas en virtud de la ley. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito al SCHC a la dirección antes mencionada. La solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a seis (6) años. La solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, impreso o electrónico). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuita. Para las listas adicionales, es posible que le cobremos por los costos de proporcionar la lista. Le informaremos el costo involucrado y, en ese momento, antes de incurrir en cualquier costo, podrá elegir si retira o modifica la solicitud.

**DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud de una manera determinada o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedir que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Debe presentar su solicitud de comunicaciones confidenciales por escrito al SCHC a la dirección antes indicada. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

**DERECHO A OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este Aviso electrónicamente, continúa teniendo derecho a recibir una copia impresa de este.

**DERECHO A RECIBIR UN AVISO DE INCUMPLIMIENTO.** Tiene derecho a que se le notifique si nosotros o uno de nuestros socios comerciales detectamos una divulgación indebida de su información de salud.

### **MODIFICACIONES A ESTE AVISO**

Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de hacer que el Aviso revisado o modificado entre en vigor para toda la información de salud que tengamos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en SCHC. El Aviso incluirá la fecha de entrada en vigor en la primera página, en la esquina superior derecha. Si modificamos este Aviso, le ofreceremos una copia del Aviso actual en vigor. Puede solicitar una copia del Aviso actual cada vez que visite SCHC para recibir servicios o llamando al centro y solicitando que se le envíe el Aviso actual por correo.

### **PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, PRESENTAR UNA QUEJA O INFORMAR DE UN PROBLEMA**

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, infórmenoslo de inmediato para que podamos abordar la situación. Puede presentar una queja ante SCHC o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

Para presentar una queja ante SCHC, envíela por escrito al Oficial de Privacidad del SCHC a:

Shortgrass Community Health Center  
400 E. Sycamore St.  
Hollis, OK 73550  
Atención: Brittani Thibodeaux

Si desea conversar sobre un problema sin presentar una queja formal, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad por teléfono al (580) 688-2800; o por fax al (580) 688-2193; o por correo electrónico a: bthibodeaux@shortgrasschc.com. Además, puede comunicarse con el Director Ejecutivo por teléfono al (580) 688-2800; o por fax al (580) 688-2193; o por correo electrónico a: gcreech@shortgrasschc.com

***No será penalizado por presentar una queja.***

## **OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD**

Otros usos y divulgaciones de la información de salud no cubiertos por este Aviso o por las leyes que se aplican a nosotros se realizarán únicamente con su permiso por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, detendremos los usos y divulgaciones permitidos por dicha autorización, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en función de su autorización. Por ejemplo, no podemos retirar ninguna divulgación que ya haya sido realizada con su autorización.

## **ACUERDO DE HOGAR MÉDICO CENTRADO EN EL PACIENTE (PCMH)**

Shortgrass Community Health Center, Inc. (SCHC) quiere ser SU hogar médico. Nuestro objetivo en SCHC es brindar atención centrada en el paciente a todos sus pacientes. La atención centrada en el paciente significa que su proveedor médico, el equipo de atención médica, el paciente y las familias trabajan juntos para brindarle atención de calidad. Hacemos esto a través de la comunicación con el paciente y la familia, donde las necesidades y preferencias del paciente se comunican a su equipo de salud de SCHC. Su equipo de atención médica de SCHC puede incluir a su proveedor médico: un médico, un enfermero practicante o un asistente médico y su enfermero, dietista, laboratorio, rayos X, dentista, optometrista, farmacéutico y especialista en salud del comportamiento. A su vez, escucharemos estas necesidades y enfocaremos su educación y capacitación para asegurarnos de que USTED reciba atención médica de buena calidad.

### **Nuestro Plan:**

*SCHC y el paciente/padre lograrán esta atención centrada en el paciente en base a estos elementos que acordamos.*

- SCHC brindará atención médica de calidad en la medida de nuestras posibilidades y conocimientos en un entorno seguro.
- Los pacientes y sus familias tienen la capacidad de hacer preguntas y expresar inquietudes a través de un canal abierto de comunicación con nuestro Equipo de Salud.
- El paciente/padre es honesto en la historia de los síntomas. Su Equipo de Salud es abierto y honesto al relacionar el diagnóstico y el tratamiento relacionado. Es importante que el paciente/padre revele todos los síntomas o problemas médicos en el momento del tratamiento.
- El paciente/padre está de acuerdo con sus planes de tratamiento. SCHC proporcionará instrucciones claras y comprensibles.
- SCHC proporcionará a los pacientes suficiente tiempo durante su visita al consultorio para asegurarse de que se comprenda el problema médico y se explique detalladamente el plan de tratamiento. Tanto el paciente/padre como su Equipo de Salud respetarán el tiempo del otro.
- El paciente/padre pagará su parte de los servicios prestados no cubiertos por su seguro en el momento de la visita al consultorio. Es responsabilidad del paciente/padre conocer los beneficios de su seguro.
- SCHC ofrece citas el mismo día para atención aguda y asigna tiempos razonables para citas de seguimiento, atención preventiva y control de enfermedades.
- SCHC puede derivar al paciente a un especialista o sugerir ciertas pruebas/procedimientos que no se realizan en el consultorio, pero se darán instrucciones para cualquier derivación. Es responsabilidad del paciente/padre averiguar si el especialista está cubierto por su seguro.
- SCHC no es responsable de los costos de la atención especializada del paciente ni de las pruebas/procedimientos recomendados por nuestros proveedores.
- SCHC hará la remisión; sin embargo, es responsabilidad del paciente/padre hacer un seguimiento de la derivación y comprender la cobertura de seguro para la derivación específica.
- SCHC dará los resultados de las pruebas de laboratorio/rayos x llamando y/o enviando por correo al paciente/padre. El paciente/padre debe llamar a la oficina si no se le notifica sobre los resultados de la prueba en un período de tiempo apropiado.
- El paciente/padre debe hacer todo lo posible para participar en hábitos de salud y estilos de vida.
- SCHC puede proporcionar información educativa sobre salud. El paciente/padre puede usar esta información y hacer preguntas si es necesario.
- El paciente/padre debe asistir a sus citas; una cita perdida toma tiempo que otro paciente podría usar.

- El paciente/padre debe llegar a tiempo a su cita programada. SCHC, a su vez, trabajará para cumplir con el cronograma.
- SCHC respetará al paciente/padre individualmente. No emitiremos juicios basados en raza, religión, género, identidad de género, edad o discapacidad
- SCHC respetará la privacidad del paciente/padre. La información médica no se compartirá con nadie a menos que sea vital para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, usted nos dé permiso o lo exija la ley o una orden judicial.
- SCHC tiene programas de recetas computarizados con la mayoría de las farmacias. Las recetas se envían electrónicamente a su farmacia especificada; de lo contrario, se proporcionará una receta impresa.
- Este acuerdo que describe su relación con el Equipo de atención médica de SCHC con USTED ha sido entregado y recibido por un paciente/padre para su miembro del Equipo de salud



COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

## Bienvenido a Salud Comunitaria de Shortgrass Centro

La cantidad que será responsable de pagar se determinará utilizando un programa de descuento de escala móvil que se basa en su ingreso total en relación con las pautas del nivel federal de pobreza (FPL) para este año. El cronograma de descuento de escala móvil se incluye en este aviso.

La documentación de los ingresos y el número de personas en el hogar se debe proporcionar a la oficina comercial del Centro de Salud Comunitario de Shortgrass para determinar la elegibilidad y el monto del descuento para los servicios que se brindarán.

### TODOS LOS PACIENTES SERÁN ATENDIDOS INDEPENDIENTEMENTE DE HABILIDAD PARA PAGAR

Se solicita una tarifa nominal de \$10 por servicios en clínicas médicas, de psiquiatría, de salud conductual y de la vista y de \$20 por servicios brindados en clínicas dentales para pacientes con un nivel del FPL del 100 % o menos. Todos los demás pacientes tendrán un copago o una tarifa mínima según su compañía de seguros o sus ingresos anuales. Los servicios de laboratorio de rutina se ofrecen según una escala móvil, pero no están incluidos en la tarifa nominal.

Cualquier intento de falsificar información relacionada con los ingresos u otros requisitos de elegibilidad es una violación de la ley federal y está sujeto a enjuiciamiento.

### NINGÚN PACIENTE CON INGRESOS SUPERIORES AL 200% DEL FPL ES ELEGIBLE PARA EL DESCUENTO.

El cronograma de descuento de escala variable del Centro de Salud Comunitario de Shortgrass se basa en la pauta anual actual del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y el gerente de la oficina lo actualiza en el EMR.

## Shortgrass Community Health Center

### 2026 Sliding Scale Discount Schedule

| Categoría                   | Deslizar                           | S1        | S2          | S3         | S4         | S5         |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------|-------------|------------|------------|------------|
| % del Nivel                 | Federal de Pobreza (FPL)           | <= 100%   | 101 - 125 % | 126 - 150% | 151 - 175% | 176 - 200% |
| Nominal del paciente tarifa | Médico / BH / Visión / Psiquiatría | \$10      | \$20        | \$30       | \$40       | \$50       |
|                             | Dental                             | \$20      | \$30        | \$40       | \$50       | \$60       |
|                             | Habilitación de servicios          | \$1       | \$2         | \$3        | \$4        | \$5        |
| Tamaño de la familia        |                                    |           |             |            |            |            |
| 1                           | Anual (Hasta)                      | \$15,960  | \$19,950    | \$23,940   | \$27,930   | \$31,920   |
|                             | Mensual                            | \$1,330   | \$1,663     | \$1,995    | \$2,328    | \$2,660    |
|                             | Semanalmente                       | \$307     | \$384       | \$460      | \$537      | \$614      |
|                             | Cada hora                          | \$8       | \$10        | \$12       | \$13       | \$15       |
| 2                           | Anual (Hasta)                      | \$21,640  | \$27,050    | \$32,460   | \$37,870   | \$43,280   |
|                             | Mensual                            | \$1,803   | \$2,254     | \$2,705    | \$3,156    | \$3,607    |
|                             | Weekly                             | \$416     | \$520       | \$624      | \$728      | \$832      |
|                             | Cada hora                          | \$10      | \$13        | \$16       | \$18       | \$21       |
| 3                           | Anual (Hasta)                      | \$27,320  | \$34,150    | \$40,980   | \$47,810   | \$54,640   |
|                             | Mensual                            | \$2,277   | \$2,846     | \$3,415    | \$3,984    | \$4,553    |
|                             | Semanalmente                       | \$525     | \$657       | \$788      | \$919      | \$1,051    |
|                             | Cada hora                          | \$13      | \$16        | \$20       | \$23       | \$26       |
| 4                           | Anual (Hasta)                      | \$33,000  | \$41,250    | \$49,500   | \$57,750   | \$66,000   |
|                             | Mensual                            | \$2,750   | \$3,438     | \$4,125    | \$4,813    | \$5,500    |
|                             | Semanalmente                       | \$635     | \$793       | \$952      | \$1,111    | \$1,269    |
|                             | Hourly                             | \$16      | \$20        | \$24       | \$28       | \$32       |
| 5                           | Anual (Hasta)                      | \$383,680 | \$479,600   | \$575,520  | \$671,440  | \$767,360  |
|                             | Mensual                            | \$31,973  | \$39,967    | \$47,960   | \$55,953   | \$63,947   |
|                             | Semanalmente                       | \$7,378   | \$9,223     | \$11,068   | \$12,912   | \$14,757   |
|                             | Cada hora                          | \$184     | \$231       | \$277      | \$323      | \$369      |
| 6                           | Anual (Hasta)                      | \$44,360  | \$55,450    | \$66,540   | \$77,630   | \$88,720   |
|                             | Mensual                            | 3,697     | 4,621       | 5,545      | 6,469      | 7,393      |
|                             | Semanalmente                       | \$853     | \$1,066     | \$1,280    | \$1,493    | \$1,706    |
|                             | Cada hora                          | \$21      | \$27        | \$32       | \$37       | \$43       |
| 7                           | Anual (Hasta)                      | \$50,040  | \$62,550    | \$75,060   | \$87,570   | \$100,080  |
|                             | Mensual                            | \$4,170   | \$5,213     | \$6,255    | \$7,298    | \$8,340    |
|                             | Semanalmente                       | \$962     | \$1,203     | \$1,443    | \$1,684    | \$1,925    |
|                             | Cada hora                          | \$24      | \$30        | \$36       | \$42       | \$48       |
| 8                           | Anual (Hasta)                      | \$55,720  | \$69,650    | \$83,580   | \$97,510   | \$111,440  |
|                             | Mensual                            | \$4,643   | \$5,804     | \$6,965    | \$8,126    | \$9,287    |
|                             | Semanalmente                       | \$1,072   | \$1,339     | \$1,607    | \$1,875    | \$2,143    |
|                             | Cada hora                          | \$27      | \$33        | \$40       | \$47       | \$54       |
|                             | *                                  | \$5,680   | \$5,680     | \$5,680    | \$5,680    | \$5,680    |

IMPORTANTE: \*Para Unidades Familiares mayores de 8, sumar el monto que se muestra por cada familiar adicional

## Solicitud de tarifa móvil

Shortgrass Community Health Center ofrece a los pacientes un descuento en sus facturas médicas si califican para nuestra escala móvil de tarifas. El descuento se basa en los ingresos BRUTOS de TODOS los miembros del hogar y la cantidad de miembros de la familia. Si desea solicitar este descuento, necesitamos verificación de ingresos. Se requiere prueba de ingresos.

(Ejemplos: talón de pago más reciente, formularios W-2 del año anterior, declaraciones de impuestos, extracto bancario que muestra depósitos, carta de ingresos del empleador, carta de certificación de alguien que no es miembro del hogar, carta de autocertificación).

Enumere TODOS los miembros de la familia: (Frecuencia = Semanal, Quincenal, Bimestral, Mensual o Anual)

| Nombre | Fecha de cumpleaños | Ingreso | Frecuencia |
|--------|---------------------|---------|------------|
|        |                     |         |            |
|        |                     |         |            |
|        |                     |         |            |
|        |                     |         |            |
|        |                     |         |            |

**\*\* Los pacientes que solicitan el programa de tarifa variable están obligados a comunicarse con SCHC si cambian sus ingresos o el estado de su hogar, o si son elegibles para el seguro. Los pacientes deben actualizar la información anualmente para permanecer en el programa de tarifas variables.**

### DECLARACIÓN JURADA

**Al firmar a continuación, certifico que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen todos los ingresos de mi hogar, y que los miembros de la familia enumerados son todos dependientes exclusivamente de esos ingresos, o que la explicación proporcionada para ver mis ingresos el nivel es veraz. Entiendo que tengo 30 días para proporcionar comprobantes de ingresos o seré responsable de pagar de inmediato el cargo completo de todas las visitas.**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

### Sliding Scale Discount (SÓLO PARA USO DE OFICINA)

Total household WEEKLY income \_\_\_\_\_ Total # household members \_\_\_\_\_

Total household BIWEEKLY income \_\_\_\_\_ **Staff calculations**

Total household BIMONTH income \_\_\_\_\_

Total household MONTHLY income \_\_\_\_\_

Total household ANNUAL income \_\_\_\_\_

VALID from: \_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_  
(month/day/year) (month/day/year) (Authorized Office Staff Signature)

Income Category: ☐ <=100% ☐ 101-150% ☐ 151-200% ☐ over 200% Sliding fee calculator completed: ☐

**ACUSE DE RECIBO DEL PAQUETE DE BIENVENIDA DE SCHC**

Por favor, firme con sus iniciales en cada artículo que haya recibido por escrito y comprenda el contenido del paquete de bienvenida. Si tiene alguna pregunta, solicite ayuda a nuestro personal de recepción.

\_\_\_\_\_ Ubicaciones

\_\_\_\_\_ Política de cancelación y no presentación

\_\_\_\_\_ Información de facturación, pago y referencias y registro

\_\_\_\_\_ Precios de medicamentos con descuento y recargas de medicamentos

\_\_\_\_\_ Política de medicación

\_\_\_\_\_ Derechos y responsabilidades del paciente

\_\_\_\_\_ Aviso de prácticas de privacidad y aviso al consumidor sobre prácticas de información de salud (HIPAA)

\_\_\_\_\_ Acuerdo de Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH)

\_\_\_\_\_ Solicitud de escala móvil de tarifas de SCHC

\_\_\_\_\_ Escala móvil de tarifas de SCHC

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Por favor imprima su nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
(si está firmado por el/la representante)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el/la paciente

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para que profesionales de la salud en diferentes ubicaciones puedan ayudar en la evaluación, el diagnóstico, la gestión y el tratamiento de diversos problemas de salud. Los profesionales pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

**Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:**

1. El profesional de la salud o especialista que me consulte estará en un lugar diferente al mío. Es posible que un profesional de la salud u otro profesional de la salud me acompañe en la consulta para asistirme.
2. El proveedor de atención médica o el personal de atención médica profesional que se presente puede transmitir o compartir electrónicamente detalles de mi historial médico, exámenes, radiografías, pruebas, fotografías u otras imágenes con el proveedor que se encuentra en una ubicación diferente.
3. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
4. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden estar ubicados en otras áreas.
6. Se conservará un registro de la consulta en mi historial médico.
7. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.
8. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.

☐ He leído y comprendido la información anterior sobre telemedicina. Por la presente, doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

☐ No doy mi consentimiento para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

---

Firma del paciente o del representante del paciente

---

Fecha

---

Por favor imprima su nombre

---

Nombre del paciente  
(si está firmado por el/la representante)

---

Relación del representante con el/la paciente

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

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

Shortgrass Community Health Center  
**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

☐ **Recepción**

☐ **Revelar**

☐ **Recepción**

☐ **Revelar**

\_\_\_\_\_  
Name, Title

\_\_\_\_\_  
Nombre, Título

\_\_\_\_\_  
Site Address

\_\_\_\_\_  
Dirección del sitio

\_\_\_\_\_  
Phone

\_\_\_\_\_  
Teléfono

☐ **Evaluación**

☐ **Plan de tratamiento**

☐ **Otra documentación clínica**

☐ **Pruebas**

☐ **Informe de comportamiento**

☐ **Información de alta**

☐ **Otra información pertinente a:** \_\_\_\_\_

ES: atención dental, atención médica, etc.

**El propósito de esta solicitud es:**

**Esta autorización expirará el:** \_\_\_\_\_ **(debe actualizarse después de 365 días calendario) O cuando ocurra el siguiente evento:** **Al alta si es antes del vencimiento del año.**

**El tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización.** Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida como se especifica anteriormente. Esta autorización permite la divulgación de información sobre enfermedades mentales o condiciones de abuso de sustancias y otras condiciones e información de salud. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a mi proveedor o a cualquier miembro del personal de la oficina. Mi revocación no afectará ninguna acción tomada en base a la autorización antes de la revocación. Entiendo que, si el receptor de la información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, la información divulgada bajo esta autorización puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad estatales y federales y puede ser divulgada nuevamente por el receptor. Entiendo que debo recibir una copia de esta autorización, incluso si no la solicito.

**De conformidad con CFR 42, parte 2, § 2.22 y O.S 43A, sección 1-102, 1-103**  
**Confidencialidad de los registros de pacientes**

La confidencialidad de los expedientes clínicos de los pacientes que mantiene este programa está protegida por las leyes y regulaciones estatales y federales. Por lo general, el programa no puede informar a ninguna persona externa que un paciente asiste al programa, ni divulgar información que identifique a un paciente como adicto al alcohol o a las drogas, a menos que:

- 1) El paciente consiente por escrito;
- 2) La divulgación esté permitida por una orden judicial; o
- 3) La divulgación se realiza a personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación de programas.

La violación de las leyes y regulaciones estatales y federales por parte de un programa constituye un delito. Las presuntas violaciones pueden reportarse a la autoridad competente de acuerdo con las regulaciones estatales y federales. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre un delito cometido por un paciente, ya sea en el programa o en el centro. Las leyes y regulaciones federales no protegen a quienes trabajan para el programa ni a quienes amenazan con cometer dicho delito. Las leyes y regulaciones federales no protegen la información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil, que no se reporta bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales correspondientes.

**“La información autorizada para su divulgación puede incluir registros que indiquen la presencia de una enfermedad transmisible o venérea, como, por ejemplo, hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (63 O.S. P 1-1502(B))”**

**Declaración de no contingencia: Entiendo que mi falta de firma de este formulario no resultará en la retención de los servicios.**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (si el cliente tiene 14 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor (si es menor de 18 años o está bajo custodia)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Como centro de salud calificado federalmente, SCHC debe recopilar información demográfica sobre los pacientes que atendemos. La información que proporciona es confidencial. Marque No informado/Rechazado si no desea responder una pregunta específica. Gracias por elegir a SCHC como su proveedor de atención médica

### Sección 1: Información del Paciente

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Sex: ☐ M ☐ F Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Móvil  
Lenguaje primario: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Lenguaje de señas ☐ Otro/a ☐ Traductor necesario/a

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Alumno/a ☐ Desempleados/as ☐ Desactivado/a ☐ Jubilado/a ☐ No reportado/rechazado  
Education: ☐ Elemental ☐ Escuela secundaria ☐ De licenciatura ☐ No reportado/rechazado

La Raza: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Otro/a ☐ No reportado/rechazado  
Ethnicity: ☐ No Latino/no Hispano ☐ Latino/Hispano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Mexicano, Mexicano americano, Chicano/a ☐ No reportado/rechazado ☐ Otro/a

¿Es usted (marque todo lo que corresponda)....? ☐ Veterano ☐ Trabajador/a agrícola ☐ Personas sin hogar/sin vivienda

| Categoría de ingresos | 1                        | 2                        | 3                        | 4                    | Consultando la tabla, indique el número de miembros de su hogar y la categoría de ingresos.:                                                                                                                        |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tamaño de la familia  | Ingresos anuales (hasta) | Ingresos anuales (hasta) | Ingresos anuales (hasta) | Ingresos anuales     |                                                                                                                                                                                                                     |
| 1                     | \$15,650                 | \$23,475                 | \$31,300                 | \$31,300 or greater  | Lista de número de miembros de la familia:                                                                                                                                                                          |
| 2                     | \$21,150                 | \$31,725                 | \$42,300                 | \$42,301 or greater  |                                                                                                                                                                                                                     |
| 3                     | \$26,650                 | \$39,975                 | \$53,300                 | \$53,301 or greater  |                                                                                                                                                                                                                     |
| 4                     | \$32,150                 | \$48,225                 | \$64,300                 | \$64,301 or greater  |                                                                                                                                                                                                                     |
| 5                     | \$37,650                 | \$56,475                 | \$75,300                 | \$75,301 or greater  |                                                                                                                                                                                                                     |
| 6                     | \$43,150                 | \$64,725                 | \$86,300                 | \$86,301 or greater  | Por favor marque la categoría de ingresos de su hogar:<br><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4<br><input type="checkbox"/> Negarse a revelar |
| 7                     | \$48,650                 | \$72,975                 | \$97,300                 | \$97,301 or greater  |                                                                                                                                                                                                                     |
| 8                     | \$54,150                 | \$81,225                 | \$108,300                | \$108,301 or greater |                                                                                                                                                                                                                     |

IMPORTANTE: \*Para unidades familiares mayores de 8, agregar \$5,500 por persona.

### Sección 2: Información del garante/seguro (individuo financieramente responsable)

Relación del paciente con el garante: ☐ Ser (saltar a la información del plan 1) ☐ Niño/a ☐ Padre/Madre ☐ Esposo/a ☐ Empleador/a ☐ Otro/a \_\_\_\_\_

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Sex: ☐ M ☐ F Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

#### Información del Plan 1

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ Reclamar ID de miembro: \_\_\_\_\_

#### Información del Plan 2

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ Reclamar ID de miembro: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Farmacia Preferida

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

### Sección 4: Tratamiento y Autorización de Pago

Usted es responsable de su propia cuenta. Como cortesía, SCHC enviará los cargos a su compañía de seguros. Si no tiene seguro, se le pedirá que establezca acuerdos de pago con nuestra oficina de finanzas. Por la presente asigno, transfiero y transfiero a SCHC todos mis derechos, títulos e intereses de mi beneficio de reembolso médico según mi póliza de seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo, revocando dicha autorización, notifique por escrito. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por el seguro. Yo, el abajo firmante, acepto participar en entrevistas clínicas, tratamientos y pruebas como paciente de SCHC. Autorizo el tratamiento para mi menor identificado o para mí. También entiendo que el examen y el tratamiento pueden ser realizados por un estudiante, interno o residente bajo la supervisión de un médico..

☐ Acepto cumplir con la política de tratamiento y autorización de pago de SCHC.

#### Aviso de Prácticas de Privacidad

☐ He recibido, leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de SCHC.

☐ He rechazado mi copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Razón de la visita:

Alergias:

Condiciones médicas:

Cirugías:

Enumere todos los medicamentos y dosis:

Historia familiar

Eres fumador/a? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿le gustaría recibir ayuda para dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

¿Consumes alcohol o drogas, incluida la marihuana? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el tipo de sustancia utilizada y con qué frecuencia se utiliza: \_\_\_\_\_

Preguntamos a todos sobre sus necesidades de salud reproductiva. Quieres hablar sobre anticoncepción o prevención de embarazo durante su visita de hoy? ☐ Sí ☐ No

**Autorización de contacto alternativo**

Esta autorización permite que los proveedores y el personal de SCHC comuniquen información sobre su atención médica a la(s) persona(s) que usted designe. Como parte de la Política de privacidad del paciente de SCHC, SCHC divulgará su información solo como usted lo autorice específicamente. Marque si autoriza o no a SCHC a divulgar su información de salud y complete el formulario.

☐ **NO AUTORIZO** a nadie a recibir información sobre mi atención médica.

☐ **AUTORIZO** a los proveedores y al personal de esta práctica de SCHC a divulgar información sobre mi atención con las personas que se enumeran a continuación

Contacto #1 ☐ El paciente vive con esta persona de contacto.

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ ☐ Toda la información ☐ Solo emergencias ☐ Equipo ☐ Cuenta financier

☐ Resultados de la prueba ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Contacto #2 ☐ El paciente vive con esta persona de contacto.

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ ☐ Toda la información ☐ Solo emergencias ☐ Equipo ☐ Cuenta financier

☐ Resultados de la prueba ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratar a un menor**

El Formulario de Consentimiento para Tratamiento de Menores da permiso a nuestros proveedores para tratar a su hijo cuando él o ella está en el cuidado de los demás. Indique el nombre de la persona, el número de teléfono y su relación con su hijo en los espacios previsto.

Yo, \_\_\_\_\_ el padre/tutor legal de \_\_\_\_\_ (Nombre del menor), yo doy permiso a la(s) siguiente(s) persona(s) para solicitar y aprobar la atención médica para el menor mencionado anteriormente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo de SCHC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|----------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| NOMBRE:                                                  |  |                                 |  | FECHA:                              |  |                                   |  |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                     |  |                                 |  | EDAD:                               |  |                                   |  |
| GÉNERO:                                                  |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:                             |  |                                 |  | TELÉFONO:                           |  |                                   |  |
| TERAPEUTA/CONSEJERO ACTUAL:                              |  |                                 |  | TELÉFONO:                           |  |                                   |  |
| QUIÉN TE REMITÓ A ESTA PRÁCTICA                          |  |                                 |  | TELÉFONO:                           |  |                                   |  |
| Nombre:                                                  |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| NOMBRE DE LA MADRE                                       |  | EDAD:                           |  | NOMBRE DE PADRE                     |  | EDAD:                             |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| Dirección:                                               |  |                                 |  | Dirección:                          |  |                                   |  |
| Teléfono:                                                |  |                                 |  | Teléfono:                           |  |                                   |  |
| Estado civil de los padres:                              |  | Casado <input type="checkbox"/> |  | Divorciado <input type="checkbox"/> |  | Mezclado <input type="checkbox"/> |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  | Apartado <input type="checkbox"/> |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  | Viudo <input type="checkbox"/>    |  |
| ¿Quién tiene la custodia legal?                          |  |                                 |  | Tipo:                               |  |                                   |  |
| ¿Quién tiene la custodia física?                         |  |                                 |  | Tipo:                               |  |                                   |  |
| <b>Por favor describa el problema que presenta:</b>      |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| <b>¿Qué es lo que más te preocupa de tu hijo?</b>        |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| <b>¿Cuándo notó este problema por primera vez?</b>       |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| <b>¿Cómo ha afectado este problema a su función?</b>     |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| En casa:                                                 |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| En la escuela/trabajo:                                   |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| Comunidad:                                               |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
| <b>¿Tiene otras inquietudes que le gustaría abordar?</b> |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |
|                                                          |  |                                 |  |                                     |  |                                   |  |

### Lista de verificación de síntomas

Marque a continuación los síntomas que su hijo ha estado experimentando durante las últimas semanas y que le preocupan.

| Sí                       | No                       | Síntoma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Depresión:</b> tristeza, irritabilidad, desesperanza, impotencia, dificultad para dormir, llanto, dormir demasiado, disminución de energía/fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para pensar o concentrarse, dificultad para tomar decisiones, comportamientos de retraimiento social/aislamiento, falta de interés en las cosas. , pensamientos suicidas, etc. |

## Formulario de admisión psiquiátrica infantil

|                          |                          |                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Cambios de humor:</b> enérgico, poco sueño, búsqueda de placer, pensamientos acelerados, demasiado hablador, conductas sexuales inapropiadas, grandilocuencia, etc.                                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Ansiedad:</b> preocupaciones, inquietud, miedo, falta de sueño, pensamientos obsesivos y/o conductas compulsivas, quejas frecuentes de dolores de cabeza y/o de estómago, ausencias frecuentes al colegio, etc.      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Problema de conducta:</b> peleas/agresión física, ira, discusiones, ausentismo escolar, destrucción de propiedad, incendio, etc.                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Problema de atención/hiperactividad:</b> dificultad para prestar atención, se distrae fácilmente, dificultad para completar tareas, hiperactividad, impulsividad, etc.                                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Comportamientos alimentarios anormales:</b> aumento de peso excesivo o significativo, pérdida de peso muy pequeña o significativa, miedo a aumentar de peso, imagen corporal distorsionada, ejercicio excesivo, etc. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Ansiedad social:</b> timidez y/o miedo de estar cerca de otras personas, evitación de multitudes, evitación de lugares públicos, etc.                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Recordar traumas pasados:</b> pesadillas frecuentes, recuerdos intrusivos y/o recurrentes, etc.                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Autismo:</b> alteraciones sociales y del lenguaje, rigidez, etc.                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Psicosis:</b> oír voces, ver cosas, paranoia, delirios, etc.                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Disociación:</b> sentir fuera de tu cuerpo o que las cosas no son reales, etc.                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez su hijo/hija se lastimó intencionalmente?                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez tu hijo/hija intentó suicidarse?                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez su hijo ha lastimado a otros? (incluido el daño a los animales)                                                                                                                                             |

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

### Por favor enumere todos los medicamentos psiquiátricos ACTUALES.

| Nombre del medicamento: | Dosis | Fecha(s) | Respuesta(s) y efectos secundarios | Proveedor/Instalación |
|-------------------------|-------|----------|------------------------------------|-----------------------|
|                         |       |          |                                    |                       |
|                         |       |          |                                    |                       |
|                         |       |          |                                    |                       |
|                         |       |          |                                    |                       |
|                         |       |          |                                    |                       |

## Historia psiquiátrica pasada

### Por favor enumere todos los medicamentos psiquiátricos ANTERIORES.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                      |              |                          |                                               |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Por favor responda las preguntas a continuación.</b>                                                                                                                                                                              |              |                          |                                               | <b>Yes</b>               | <b>No</b>                |
| ¿Alguna vez su hijo ha sido admitido en un hospital psiquiátrico (esto incluye programas de tratamiento residencial o diurno, incluidos programas de tratamiento de alcohol y drogas)? (En caso afirmativo, indique a continuación). |              |                          |                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha: mes/año                                                                                                                                                                                                                       | Diagnóstico: | Duración de la estancia: | Instalación & Ubicación de las instalaciones: |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      |              |                          |                                               |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      |              |                          |                                               |                          |                          |
|                                                                                                                                                                                                                                      |              |                          |                                               |                          |                          |
| ¿Alguna vez su hijo ha recibido tratamiento de salud mental o trastorno por uso de sustancias (alcohol/drogas) como paciente ambulatorio (asesoramiento o medicamentos)? (En caso afirmativo, indique a continuación).               |              |                          |                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                               | Proveedor:   | Razón:                   |                                               |                          |                          |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                               | Proveedor:   | Razón:                   |                                               |                          |                          |
| Fecha:                                                                                                                                                                                                                               | Proveedor:   | Razón:                   |                                               |                          |                          |

### Antecedentes Familiares

| <b>¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado o tratado por: (Por favor indique el miembro de la familia, madre, padre, etc.)</b> |                          |                          |                       |                                   |                          |                          |                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Diagnósticos                                                                                                                        | Sí                       | No                       | Miembro de la familia | Diagnósticos                      | Sí                       | No                       | Miembro de la familia             |
| Depresión                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Intentos de suicidio              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Ansiedad                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Suicidio completado               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| TDAH                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Trastorno de pánico               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Bipolar                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | trastorno de estrés postraumático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Esquizofrenia                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | TOC                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Problemas con el alcohol                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Convulsiones                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Problemas de drogas                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Migrañas                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Dificultades de aprendizaje                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Problemas del corazón             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Autismo                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Problemas pulmonares              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| síndrome de Asperger                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Tiroides                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| PDD                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Trastornos inmunológicos          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Retraso mental                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Cáncer                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| Ataque de nervios                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       | Otro                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| ¿Hay algún otro problema médico familiar que sea hereditario en su familia?                                                         |                          |                          |                       |                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                   |
| En caso afirmativo, ¿qué enfermedad y a quién afectó? (Por favor indique la enfermedad y el miembro de la familia).                 |                          |                          |                       |                                   |                          |                          |                                   |
| Enfermedad                                                                                                                          |                          |                          | Miembro de la familia | Enfermedad                        |                          |                          | Miembro de la familia             |
| 1.                                                                                                                                  |                          |                          |                       | 5.                                |                          |                          |                                   |
| 2.                                                                                                                                  |                          |                          |                       | 6.                                |                          |                          |                                   |
| 3.                                                                                                                                  |                          |                          |                       | 7.                                |                          |                          |                                   |
| 4.                                                                                                                                  |                          |                          |                       | 8.                                |                          |                          |                                   |
| ¿Algún familiar ha sido ingresado en un hospital psiquiátrico? En caso afirmativo,                                                  |                          |                          |                       |                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por favor enumere a continuación. |

## Formulario de admisión psiquiátrica infantil

| Fecha: mes/año                                                 | Diagnóstico: | Miembro de la familia | Instalación & Ubicación de las instalaciones: |
|----------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                |              |                       |                                               |
|                                                                |              |                       |                                               |
|                                                                |              |                       |                                               |
| Si se sabe, ¿qué medicamentos se utilizaron en el tratamiento? |              |                       |                                               |
|                                                                |              |                       |                                               |
|                                                                |              |                       |                                               |

### Historia médica del niño

| Enumere cualquier alergia a medicamentos y describa la reacción que tuvo su hijo:           |                          |                          |                                              |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nombre del medicamento                                                                      | Reacción                 |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
| ¿Alguna vez su hijo/hija ha tenido:                                                         | Sí                       | No                       |                                              | Sí                       | No                       |
| Pérdida de consciencia                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del corazón                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesión craneal                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardíaco                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hipertensión                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas tiroideos                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlcera estomacal                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ERGE (reflujo ácido)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de espalda o cuello                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de riñón                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EPOC                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas menstruales                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eczema                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, para el cáncer, ¿qué tipo y descripción del tratamiento requerido?      |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
| ¿Algún otro problema médico no mencionado anteriormente? Si es así, por favor enumere aquí: |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
|                                                                                             |                          |                          |                                              |                          |                          |
| Por favor enumere TODAS las cirugías:                                                       |                          |                          | Lista de hospitalizaciones no psiquiátricas: |                          |                          |
| 1.                                                                                          |                          |                          | 1.                                           |                          |                          |
| 2.                                                                                          |                          |                          | 2.                                           |                          |                          |
| 3.                                                                                          |                          |                          | 3.                                           |                          |                          |

## Formulario de admisión psiquiátrica infantil

Enumere TODOS los medicamentos y dosis no psiquiátricos que su hijo esté tomando actualmente, incluidos suplementos, vitaminas y medicamentos de venta libre.

| Nombre | Dosis | Duration | Respuesta |
|--------|-------|----------|-----------|
|        |       |          |           |
|        |       |          |           |
|        |       |          |           |
|        |       |          |           |
|        |       |          |           |

### Historia del desarrollo:

¿A qué edad alcanzó su hijo los siguientes hitos?

| Edad | Hito                                                                            |
|------|---------------------------------------------------------------------------------|
|      | Lenguaje (edad en la que se utilizan por primera vez palabras, oraciones, etc.) |
|      | Habilidades motoras finas (construir torres con cubos, dibujar círculos, etc.)  |
|      | Habilidades motoras gruesas (darse vuelta, pararse, caminar, etc.)              |
|      | Baño de entrenamiento                                                           |

|                                                                                               |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Ha experimentado su hijo alguna regresión en estas habilidades? En caso afirmativo explicar: | Sí                       | No                       |
|                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene su adolescente un trabajo?                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su hijo/hija es sexualmente activo?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le preocupan las actividades sexuales de su hijo?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene su hijo relaciones de calidad con otros niños? En caso negativo, explique:             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                               |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Su adolescente ha tenido un cambio reciente en sus amistades? En caso afirmativo, ¿qué cambios le preocupan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

|                                                                                                           |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene alguna inquietud con respecto a las amistades de su hijo? En caso afirmativo, explíquelo porfavor: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

|                 |                          |                     |                          |                  |                          |                     |                          |
|-----------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Demasiado viejo | <input type="checkbox"/> | Muy joven           | <input type="checkbox"/> | Ausente          | <input type="checkbox"/> | Franja de pandillas | <input type="checkbox"/> |
| Droga           | <input type="checkbox"/> | Alcohol             | <input type="checkbox"/> | Violencia        | <input type="checkbox"/> | Demasiados          | <input type="checkbox"/> |
| Demasiado pocos | <input type="checkbox"/> | Promiscuidad sexual | <input type="checkbox"/> | Demasiado tiempo | <input type="checkbox"/> | Otro                | <input type="checkbox"/> |

Si es otra, indique la preocupación:

### Uso de sustancias

Por favor, indique cualquier sustancia utilizada actualmente o en el pasado por su hijo:

| Indique cualquier sustancia utilizada actualmente o en el pasado por su hijo: | Sí                       | No                       | En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo, frecuencia, último uso y edad? |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Tabaco                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                        |
| Vaporizadores                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                        |

|                                 |                          |                          |  |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Alcohol                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Marijuana                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Cocaína/crack                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Éxtasis                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Resoplido (gas, aerosol)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Abuso de medicamentos recetados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Sales de baño                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Metanfetamina                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

## Escuela

|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| ¿A dónde asiste su hijo/hija a la escuela?                                                                               |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿En qué grado se encuentra?                                                                                              |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Cuáles son sus calificaciones típicas?                                                                                  |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Cuáles son las fortalezas académicas de su hijo?                                                                        |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Debilidades académicas?                                                                                                 |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Ha habido un cambio en el desempeño de su hijo en la escuela? En caso afirmativo, describa:                             |                          |       | <table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                      | Sí                       | No                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Sí                                                                                                                       | No                       |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Describir                                                                                                                |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Su hijo ha recibido pruebas de coeficiente intelectual o académicas? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los resultados? |                          |       | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Resultados                                                                                                               |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Recibir algún recurso/asistencia? (¿para qué clases/cuántas horas?)                                                     |                          |       | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Clase                                                                                                                    |                          | Horas | <table border="1"> <tr> <td>Clase</td> <td></td> <td>Horas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clase</td> <td></td> <td>Horas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clase</td> <td></td> <td>Horas</td> <td></td> </tr> </table> | Clase                    |                          | Horas                    |                          | Clase |  | Horas |  | Clase |  | Horas |  |
| Clase                                                                                                                    |                          | Horas |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Clase                                                                                                                    |                          | Horas |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Clase                                                                                                                    |                          | Horas |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Clase                                                                                                                    |                          | Horas |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| Clase                                                                                                                    |                          | Horas |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Participar en programas acelerados o de honores? En caso afirmativo, explique a continuación:                           |                          |       | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
|                                                                                                                          |                          |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| ¿Está en un plan 504? Por favor explique a continuación: SuspensSchool refusalion                                        |                          |       | <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                 | <input type="checkbox"/> |       |                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                          |                          |       |  |       |  |       |  |       |  |

|                                                                                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Está en un Plan de Educación Individual (IEP)? Por favor explique a continuación:       |                          |                          |                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Su hijo ha tenido problemas con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, explique. |                          |                          |                 |                          |                          |                          |
| Problema                                                                                 | Sí                       | No                       | Problema        | Sí                       | No                       |                          |
| Ausentismo escolar                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detention       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Peleas                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suspensión      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Absentismo                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rechazo escolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Explicar:                                                                                |                          |                          |                 |                          |                          |                          |

## Historia social

|                                                                                                                                 |          |                          |                       |          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------|-----------------------|----------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Es su hijo su hijo biológico? En caso contrario, explique:                                                                     |          |                          |                       |          | Sí                       | No                       |
| Describir                                                                                                                       |          |                          |                       |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su hijo fue adoptado, ¿a qué edad fue adoptado?                                                                              |          |                          |                       |          | Edad                     |                          |
| ¿Existe algún contacto con sus padres biológicos?                                                                               |          |                          |                       |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Dónde nació y creció su hijo/hija?                                                                                             |          |                          |                       |          |                          |                          |
| ¿Tiene alguna preferencia religiosa en el hogar? En caso afirmativo, ¿cuál es esa preferencia?                                  |          |                          |                       |          |                          |                          |
| Preferencia religiosa                                                                                                           |          |                          |                       |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha experimentado su hijo algún problema relacionado con la raza, la religión o la cultura? En caso afirmativo explicar:        |          |                          |                       |          | Sí                       | No                       |
| Explicar:                                                                                                                       |          |                          |                       |          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enumere todos los miembros relevantes de la familia relacionados con el niño (padrastrós, hermanos, padrastrós, abuelos, etc.): |          |                          |                       |          |                          |                          |
| Miembro de la familia                                                                                                           | Relación | Vive en casa             | Miembro de la familia | Relación | Vive en casa             |                          |
|                                                                                                                                 |          | <input type="checkbox"/> |                       |          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                                                                 |          | <input type="checkbox"/> |                       |          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                                                                 |          | <input type="checkbox"/> |                       |          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                                                                 |          | <input type="checkbox"/> |                       |          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                                                                                                                                 |          | <input type="checkbox"/> |                       |          | <input type="checkbox"/> |                          |
| ¿Hay algo más que debamos saber sobre ti?                                                                                       |          |                          |                       |          |                          |                          |
|                                                                                                                                 |          |                          |                       |          |                          |                          |
|                                                                                                                                 |          |                          |                       |          |                          |                          |
|                                                                                                                                 |          |                          |                       |          |                          |                          |

**Historial de abuso**

|                                                                                                                    |                          |                          |                                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|
| ¿Su hijo alguna vez ha sido víctima de abuso o negligencia? En caso afirmativo, ¿cuál fue la naturaleza del abuso? |                          |                          | Sí                                       | No                       |
|                                                                                                                    |                          |                          | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                    |                          |                          |                                          |                          |
|                                                                                                                    |                          |                          |                                          |                          |
| ¿Alguna vez su hijo ha estado involucrado en lo siguiente? En caso afirmativo, explique:                           |                          |                          |                                          |                          |
| Servicio                                                                                                           | Sí                       | No                       | En caso afirmativo, explíquelo porfavor: |                          |
| Servicios de protección infantil                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Cumplimiento de la ley                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Participación en la detención                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Participación en la corte                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Libertad condicional                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Libertad condicional juvenil                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Detención                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Servicio de Intervención Temprana (0-3 años)                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |
| Inicio:                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                          |                          |

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo menor.**

Firma \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_