



RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo estoy solicitando Servicios de Salud del Condado de Deschutes de forma voluntaria (DCHS, por sus siglas en inglés). Entiendo y estoy de acuerdo en que los Servicios de Salud del Condado de Deschutes (DCHS) puede usar y divulgar mi información de salud con el fin de:

- Tomar decisiones y planificar mi cuidado y tratamiento;
- Derivar a, consultar con, coordinar con y manejar con otros proveedores de la atención médica, incluyendo a otros profesionales dentro de DCHS, para mi cuidado y tratamiento;
- Determinar mi calificación para un plan de salud o cobertura de seguro médico y para enviar las facturas, reclamos y otra información relacionada a las compañías de seguros u otros que puedan ser responsables de pagar una parte o todo mi cuidado médico;
- Realizar varias funciones de oficina, administrativas y de negocio que apoyan los esfuerzos de DCHS para entregarme, y para recibir reembolso por una atención médica rentable de alta calidad; y
- Participar como un miembro Colaborador de OCHIN, tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.
- Participar como un miembro Colaborador de Reliance Community Health Information Exchange (Dependencia de Salud de la Comunidad del intercambio de información), tal como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad del Servicio de Salud del Condado de Deschutes.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada como recibida por DCHS, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos o por palabras habladas y puede incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de análisis, diagnóstico, tratamientos, procedimientos, medicamentos y otros tipos similares de información relacionada con la salud. Entiendo que la información de salud usada y divulgada puede incluir rehabilitación vocacional, registros de alcohol y drogas, registros de VIH/SIDA, información genética y registros de salud mental o discapacidad del desarrollo que guardan los proveedores financiados con fondos públicos.

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

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

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

Nombre del cliente impreso: _____

Firmado por: _____
Paciente o Representante Autorizado del Paciente

Fecha: _____

Firmado por: _____
Firma del Empleado de DCHS

Date: _____



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

Iniciales del cliente: _____

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre y Apellido de contacto de emergencia:				
Parentesco	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
* Información de Emergencia Podemos dejar un mensaje (Por favor escoja) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No # de Teléfono				

SITUACIÓN MILITAR	
¿Ha servido en las Fuerzas Armadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está sirviendo actualmente (reserva/activo)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Separado/a Legalmente <input type="checkbox"/> Pareja Unión Libre	Nombre del Cónyuge/Pareja (Si corresponde):

CONDICIONES DE VIVIENDA		
Por favor escoja lo que mejor describa su situación de vivienda		
<input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo <input type="checkbox"/> Vivienda libre de Alcohol/Droga <input type="checkbox"/> Residencia Privada (Casa) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial(SUD) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (PRTS) <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Hogar de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Prisión <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (privada) <input type="checkbox"/> Hogar Oxford <input type="checkbox"/> Residencia Privada (familiar) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (BRS) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SCIP/SAIP)	<input type="checkbox"/> Instalación Residencial/Hogar de Grupo <input type="checkbox"/> Alojamiento y Comida <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo (con otras personas) <input type="checkbox"/> Otro tipo de Residencia Privada <input type="checkbox"/> Residencia Privada (amistades) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (CSEC) <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (SRTF para YAT)



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

Iniciales del cliente: _____

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO			
Raza (Por favor marque todas las que aplican)			
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Americano	
<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico	<input type="checkbox"/> Una Raza	<input type="checkbox"/> Una o más razas	
Afiliações Tribales (Por favor marque todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw		
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grand Ronde	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Siletz		
<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas Umatilla	<input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs		
<input type="checkbox"/> Tribu Coquille Indian	<input type="checkbox"/> Indios Cow Creek Band de Umpqua		
<input type="checkbox"/> Tribus Klamath	<input type="checkbox"/> No Corresponde		
<input type="checkbox"/> Otra (Por favor describa):			

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

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

OTRA INFORMACIÓN	
¿Ha tenido asesoramiento psicológico previo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Si sí dónde?	
Derivado por	
¿Está involucrado el Servicio de Protección Infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Trabajador Social # de Teléfono	
¿Tiene una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y/o una Instrucción Anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Le gustaría completar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

INGRESO					
Fuente de Ingreso Mensual del Grupo familiar	Usted	Esposo/a	Padres(s)	Otro	Total
Sueldos (salarios, propinas, etc.)					
Ayuda Pública					
Jubilación/Pensión/Seguro Social					
Discapacidad/Seguro Social por Discapacidad					
Otro					
Ninguno: Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene:					

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



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA

MIEMBROS DE LA FAMILIA Y DEPENDIENTES			
Enumere los miembros de la familia que viven con usted en cada categoría			
Usted	Cónyuge/Pareja	Tutor/Padre/Madre	Dependiente
<p>❖ Confirmando que la información entregada es correcta y sé que necesito entregar verificación para que sea aprobada. A pesar de tener seguro o de que puedo proporcionar la verificación, soy responsable del saldo en mi cuenta de los servicios profesionales prestados por DCBH. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y financiera necesaria para procesar las reclamaciones de seguros.</p> <p>❖ <u>Le notificaré a DCBH inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.</u></p>			
Firma de la Persona Responsable			Fecha

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

STAFF VERIFICATION CHECKLIST (attach copies)		
Proof of ID: Photo ID, Drivers License, Birth Certificate, Social Security Card	Sliding Fee amount:	
	Effective Date	
Staff Signature Line-please sign after explaining financial and sliding fee scale to responsible party	Date of staff signature	
Signature:	Iniciales de la Persona Responsable	Expiration date
Al poner las iniciales, Yo (la persona responsable) estoy aceptando que se me explicó el proceso financiero & y la escala gradual de honorarios en el caso que pierda el OHP/Medicaid/Medicare/Seguro Privado.		



SERVICIO DE SALUD DEL CONDADO DE DESCHUTES

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Información Médica Confidencial

- ❖ **Por favor complete si tiene más de 14 años. Los padres o cuidadores necesitan completar el formulario para los niños menores de 13 años. La siguiente información es necesaria para ayudar a entender el estado de su salud mental y física. No es necesario que usted responda todas estas preguntas para participar en una evaluación o tratamiento. Sin embargo, le agradeceríamos que se tomara el tiempo para llenar lo que más pueda de este formulario.**

NOMBRE DEL INDIVIDUO: _____ **FECHA:** _____

ANTECEDENTES MÉDICOS	
Por favor marque el recuadro si tiene o ha tenido lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Accidentes graves	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Sobredosis de Droga	<input type="checkbox"/> Asma o problema respiratorio
<input type="checkbox"/> Problemas a los riñones	<input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos
<input type="checkbox"/> Infecciones de la Piel	<input type="checkbox"/> Infección de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta	<input type="checkbox"/> Problemas al Hígado
<input type="checkbox"/> Hospitalización por Salud Mental	<input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas
<input type="checkbox"/> Erupción	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca
<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B o C)
<input type="checkbox"/> Retraimiento Grave de droga/alcohol	<input type="checkbox"/> Lesión Craneal
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física/Emocional/Intelectual/del Desarrollo	
<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio	<input type="checkbox"/> Sangrado Gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Úlcera	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Pancreatitis
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides
<input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones	
Alergias a Medicamentos (Por favor enumere)	
Otros problemas no enumerados anteriormente (Por favor enumere)	
Explique cualquiera de las que marcó anteriormente y que haya experimentado en los últimos 6 meses	
Fecha aproximada de accidentes/lesiones, enfermedades y hospitalizaciones por salud mental	
¿Tiene un doctor en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde que sí, nombre del Doctor
	La última vez que vio a su doctor
¿Está tomando algún medicamento en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde que sí, por favor haga una lista de los medicamentos y las dosis	
Uso de Nicotina/Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está interesado/a en dejarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad al día	¿Quiere información de una Línea para dejar el Tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consumo de cualquier sustancia/droga en los últimos 90 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
Está embarazada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Si responde que sí, fecha aproximada del part



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SALUD

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Apellido Legal del Cliente:	Nombre:	Inicial 2o Nombre:	Fecha Nacimiento:
Otros nombres que usa el Cliente:			

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente titular del registro información confidencial específica sobre el Cliente.

POSEEDOR DEL RÉCORD	Identificación del Titular del Registro:	Información específica a divulgar (incluir el rango de fechas, si corresponde):	*Intercambio Mutuo
			Sí/No
	<p>Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se revelará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a la información: Por favor inicial bajo autorizar o rechazar. * <i>El intercambio mutuo permite que la información se comparta entre el/los titular/es del registro y el/los receptor/es.</i></p> <p>Autorizar o Rechazar: Autorizar o Rechazar:</p> <p>_____ o _____ VIH/SIDA _____ o _____ Diagnósticos de Alcohol/droga, tratamiento, derivación</p> <p>_____ o _____ Información de Prueba Genética _____ o _____ Salud Mental (excepto notas de psicoterapia)</p>		

RECEPTOR	Divulgar a: (se exige la dirección si se va enviar la información al receptor) Si se envía a un grupo, enumere los miembros.	Propósito de la divulgación:	Fecha de vencimiento o evento:**

RECONOCIMIENTO	<p>**Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario.</p> <p>Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de cancelación escrita a los titulares identificados anteriormente. Dicha cancelación no afectará a ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que, excepto cuando los servicios se entregan con fines de investigación o con el único propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a una tercera persona, el Condado de Deschutes no puede negar servicios al Cliente si yo no firmo esta autorización.</p> <p>Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no está protegida bajo la ley federal o estatal, EXCEPTO QUE se prohíbe la divulgación por parte del receptor de información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental, tratamiento de alcohol o drogas o información de pruebas genéticas sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal.</p> <p>Entiendo que la información personal de salud del Cliente es confidencial y puede estar protegida por las leyes estatales y federales, y apruebo la divulgación de información personal de salud del Cliente de acuerdo con esta autorización. Estoy firmando esta autorización en forma voluntaria y no bajo presión o coerción. Confirmando que se me ofreció una copia de este formulario. Confirmando que he revisado el Aviso escrito del Condado de Deschutes de las "Prácticas de Privacidad para el Condado de Deschutes."</p>

FIRMA	Firma Legal Completa del Individuo o representante personal autorizado	Parentesco con el Cliente:	Fecha:
	X		
	Imprima el Nombre de la Persona que firma esta autorización		
	X		



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SALUD

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Apellido Legal del Cliente:	Nombre:	Inicial 2o Nombre:	Fecha Nacimiento:
-----------------------------	---------	--------------------	-------------------

Otros nombres que usa el Cliente:

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente titular del registro información confidencial específica sobre el Cliente.

POSESOR DEL RÉCORD	Identificación del Titular del Registro:	Información específica a divulgar (incluir el rango de fechas, si corresponde):	*Intercambio Mutuo
			Sí/No
<p>Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se revelará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a la información: Por favor inicial bajo autorizar o rechazar. * <i>El intercambio mutuo permite que la información se comparta entre el/los titular/es del registro y el/los receptor/es.</i></p> <p>Autorizar o Rechazar: Autorizar o Rechazar:</p> <p>_____ o _____ VIH/SIDA _____ o _____ Diagnósticos de Alcohol/droga, tratamiento, derivación</p> <p>_____ o _____ Información de Prueba Genética _____ o _____ Salud Mental (excepto notas de psicoterapia)</p>			

RECEPTOR	Divulgar a: (se exige la dirección si se va enviar la información al receptor) Si se envía a un grupo, enumere los miembros.	Propósito de la divulgación:	Fecha de vencimiento o evento:**

RECONOCIMIENTO	<p>**Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario.</p> <p>Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de cancelación escrita a los titulares identificados anteriormente. Dicha cancelación no afectará a ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que, excepto cuando los servicios se entregan con fines de investigación o con el único propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a una tercera persona, el Condado de Deschutes no puede negar servicios al Cliente si yo no firmo esta autorización.</p> <p>Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no está protegida bajo la ley federal o estatal, EXCEPTO QUE se prohíbe la divulgación por parte del receptor de información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental, tratamiento de alcohol o drogas o información de pruebas genéticas sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal.</p> <p>Entiendo que la información personal de salud del Cliente es confidencial y puede estar protegida por las leyes estatales y federales, y apruebo la divulgación de información personal de salud del Cliente de acuerdo con esta autorización. Estoy firmando esta autorización en forma voluntaria y no bajo presión o coerción. Confirmando que se me ofreció una copia de este formulario. Confirmando que he revisado el Aviso escrito del Condado de Deschutes de las "Prácticas de Privacidad para el Condado de Deschutes."</p>

FIRMA	Firma Legal Completa del Individuo o representante personal autorizado	Parentesco con el Cliente:	Fecha:
	X		
	Imprima el Nombre de la Persona que firma esta autorización		
	X		



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL DE LA SALUD

#EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Apellido Legal del Cliente:	Nombre:	Inicial 2o Nombre:	Fecha Nacimiento:
Otros nombres que usa el Cliente:			

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente titular del registro información confidencial específica sobre el Cliente.

POSEEDOR DEL RÉCORD	Identificación del Titular del Registro:	Información específica a divulgar (incluir el rango de fechas, si corresponde):	*Intercambio Mutuo
			Sí/No
	Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información enumerados a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no se revelará a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a la información: Por favor inicial bajo autorizar o rechazar . * <i>El intercambio mutuo permite que la información se comparta entre el/los titular/es del registro y el/los receptor/es.</i>		
Autorizar o Rechazar:		Autorizar o Rechazar:	
_____ o _____ VIH/SIDA		_____ o _____ Diagnósticos de Alcohol/droga, tratamiento, derivación	
_____ o _____ Información de Prueba Genética		_____ o _____ Salud Mental (excepto notas de psicoterapia)	

RECEPTOR	Divulgar a: (se exige la dirección si se va enviar la información al receptor) Si se envía a un grupo, enumere los miembros.	Propósito de la divulgación:	Fecha de vencimiento o evento:**

RECONOCIMIENTO	**Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma a menos que se indique lo contrario.
	Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de cancelación escrita a los titulares identificados anteriormente. Dicha cancelación no afectará a ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario. Entiendo que, excepto cuando los servicios se entregan con fines de investigación o con el único propósito de crear información de salud protegida para su divulgación a una tercera persona, el Condado de Deschutes no puede negar servicios al Cliente si yo no firmo esta autorización.
	Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no está protegida bajo la ley federal o estatal, EXCEPTO QUE se prohíbe la divulgación por parte del receptor de información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental, tratamiento de alcohol o drogas o información de pruebas genéticas sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal.
Entiendo que la información personal de salud del Cliente es confidencial y puede estar protegida por las leyes estatales y federales, y apruebo la divulgación de información personal de salud del Cliente de acuerdo con esta autorización. Estoy firmando esta autorización en forma voluntaria y no bajo presión o coerción. Confirmando que se me ofreció una copia de este formulario. Confirmando que he revisado el Aviso escrito del Condado de Deschutes de las "Prácticas de Privacidad para el Condado de Deschutes."	

FIRMA	Firma Legal Completa del Individuo o representante personal autorizado	Parentesco con el Cliente:	Fecha:
	X		
Imprima el Nombre de la Persona que firma esta autorización			
X			



SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

Iniciales del cliente: _____ #EXPEDIENTE MÉDICO: _____

Recibo de Reconocimiento del Paquete de Información

Al iniciar y firmar este formulario, usted reconoce el recibo o rechaza la siguiente información del Condado de Deschutes Servicios de Salud, Conductual. Le recomendamos que revise todos los formularios en el Paquete de información del cliente cuidadosamente. Puede obtener copias visitando nuestro sitio web o solicitándolo a nuestro personal.

El paquete de información del cliente contiene la siguiente información:

- Derechos y responsabilidades individuales
- Aviso de prácticas de privacidad
- Información sobre quejas y apelaciones (incluido un formulario de quejas)
- Copia del reconocimiento y consentimiento para el tratamiento
- Información de registro de votantes, *si es solicitado*
- Declaración de información sobre el tratamiento de salud mental, *si es solicitado*

Escriba sus iniciales al lado si recibió o rechazó el paquete de información del cliente:

_____ Acepté el paquete de información del cliente

Solicité y recibí información de registro de votantes

Solicité y recibí información sobre la Declaración de tratamiento de salud mental

_____ Rechacé el paquete de información del cliente, información adicional o asistencia

Firma individual o del cuidador

Fecha