





# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

#EXPEDIENTE MÉDICO: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

**FECHA:**

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

**Razón por la cual busca los Servicios**

**NECESIDADES INDIVIDUALES**

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

Discapacidad Auditiva/Prótesis
  Asistencia de Lectura/Alfabetización
  Ninguna
  Otro \_\_\_\_\_

Preferred language if other than English, please indicate: \_\_\_\_\_

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



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

#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)  Sí  No # de Teléfono

## Atestación de Custodia

En el caso de un niño menor de 14 años, debe dar fe de uno de los siguientes requisitos:

La persona adulta que busca inscribir al niño(a) para los servicios de DCBH es: \_\_\_\_\_.

Esta persona está legalmente autorizada para obtener servicios médicos y de salud mental para el(la) niño(a) porque: (seleccione la opción que corresponda):

- La persona es el padre/ madre legal del niño(a), y los derechos parentales de la persona con respecto al niño(a), incluidos los derechos de custodia, no se han restringido de ninguna manera.
- La persona es el padre/ madre legal del niño(a) se le ha otorgado la custodia legal del niño(a) por orden judicial.
- La persona no es el padre/ madre legal del niño(a), pero se le ha otorgado la custodia legal o la tutela del niño(a) por orden judicial o nombramiento.
- Otro. Si no aplica nada de lo anterior, pero cree que está autorizado(a) para obtener servicios médicos y/o de salud mental para el(la) niño(a), explique la base de su creencia: \_\_\_\_\_

En caso de que la exactitud de la declaración anterior se ponga en duda en cualquier momento en el futuro, o por cualquier otra razón, DCHS puede exigir documentación legal que respalde dicha declaración.

## ESTADO CIVIL

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

## CONDICIONES DE VIVIENDA

Por favor escoja lo que mejor describa su situación de vivienda

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



# SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES

APLICACIÓN INFANTIL

#EXPEDIENTE MÉDICO: \_\_\_\_\_

## RAZA Y ORIGEN ÉTNICO

Raza/Etnicidad (Por favor marque todas las que aplican):

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska                            | <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano    | <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Indio Asiático                  |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                     | <input type="checkbox"/> Chino                       | <input type="checkbox"/> Mexicano        | <input type="checkbox"/> Otro Asiático                   |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                    | <input type="checkbox"/> Samoano                     | <input type="checkbox"/> Coreano         | <input type="checkbox"/> Guamaniano o Chamorro           |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                             | <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico            | <input type="checkbox"/> Vietnamita      | <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico        |
| <input type="checkbox"/> Americano Mexicano                          | <input type="checkbox"/> Cubano                      | <input type="checkbox"/> Otro            | <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino(a)Chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Chicano/a                                   | <input type="checkbox"/> Dos o más razas             | <input type="checkbox"/> Portorriqueño   | <input type="checkbox"/> Desconocido(a)                  |
| <input type="checkbox"/> El paciente se reusó                        | <input type="checkbox"/> Múltiple Hispano, Latino /a | <input type="checkbox"/> Una Raza        |  |
| <input type="checkbox"/> Otro Hispano, Latino /a o de Origen Español |  |  |  |

Afiliaciones Tribales (Por favor marque todas las que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute                 | <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua & Siuslaw |
| <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grand Ronde | <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Siletz                       |
| <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas Umatilla       | <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs                 |
| <input type="checkbox"/> Tribu Coquille Indian              | <input type="checkbox"/> Indios Cow Creek Band de Umpqua                     |
| <input type="checkbox"/> Tribus Klamath                     | <input type="checkbox"/> No Corresponde                                      |
| <input type="checkbox"/> Otra (Por favor describa):         |  |

## SITUACIÓN LEGAL

Por favor escoja la que mejor describa su situación

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cliente Divergente por 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"/> Custodia (Protección de Menores)        |
| <input type="checkbox"/> Desconocido  | <input type="checkbox"/> Custodia (Tribunal)          | <input type="checkbox"/> Juvenil PSRB                            |
| <input type="checkbox"/> Desconocido(a)                                       | <input type="checkbox"/> Ninguno(a)                   | <input type="checkbox"/> Desvío de la cárcel antes del arresto   |
| <input type="checkbox"/> Comité de Revisión de Servicios Psiquiátricos (PSRB) |   | <input type="checkbox"/> Desvío de la cárcel después del arresto |

## EDUCACIÓN

Marque el grado más alto cursado por el individuo

- K  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12/GED  AA/AS  BA/BS  MA/MS   
 Doctorado/Psicólogo/Doctor en Medicina  Cursos tomados en el Colegio

## OTRA INFORMACIÓN

Derivado por:

¿Está involucrado el Servicio de Protección Infantil?  Sí  No

Nombre del Trabajador Social # de Teléfono

¿Tiene una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y/o una Instrucción Anticipada?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione una copia a nuestro personal.



**INFORMACIÓN FINANCIERA**

La información en este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para nuestro programa de descuento de tarifa variable.

<b>SEGURO DE SALUD</b>	
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)

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

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

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



**SOLICITUD DE SERVICIO DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO DE DESCHUTES**

APLICACIÓN INFANTIL

#EXPEDIENTE MÉDICO: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

La información en este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para nuestro programa de descuento de tarifa variable.

**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
1			

- ❖ Confirmando que la información entregada es correcta y sé que necesito entregar verificación para que sea aprobada. A pesar de tener seguro o de que puedo proporcionar la verificación, soy responsable del saldo en mi cuenta de los servicios profesionales prestados por DCBH. Autorizo la divulgación de cualquier información médica y financiera necesaria para procesar las reclamaciones de seguros.
- ❖ Le notificaré a DCBH inmediatamente de cualquier cambio en la información anterior.

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

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

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