

**Beloit Health System  
COUNSELING CARE CENTER  
EVALUACIÓN INICIAL DEL CONSUMO**

Nombre \_\_\_\_\_ Número de registro médico \_\_\_\_\_

Terapeuta \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (consumo) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

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

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  \_\_\_\_\_

Estado civil actual:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Cohabitando  
 Unión civil  Pareja de hecho  Compañero no casado  Otro \_\_\_\_\_

Duración del matrimonio/la relación actuales: \_\_\_\_\_

Evaluación de la relación actual si es aplicable:  Mala  Regular  Buena

¿Cuántas veces ha estado usted casado? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría usted su identidad cultural?  Afroamericana  Caucásica/blanca  Asiático-americana  
 Nativo americana  Hispana  Birracial \_\_\_\_\_  Otra \_\_\_\_\_

Remitido por:  Sí mismo  Dr. \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Describa brevemente el problema para el cual busca obtener orientación. \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría a usted que sucediera como resultado de la orientación? \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes inquietudes tiene usted?**

- Pensamientos y/o intentos suicidas
- Pensamientos y/o conductas homicidas
- Estallidos de ira/conductas agresivas
- Dificultades de aprendizaje
- Dificultades de atención y concentración
- Hiperactividad
- Ansiedad/nerviosismo
- Víctima del abuso/abandono
- Fatiga/baja energía
- Depresión/tristeza
- Sentimientos de desesperación/falta de valor
- Pensamientos/conductas obsesivos
- Coordinación motora
- Problemas con las relaciones

- Conductas de autolesión
- Pensamientos/ansias/hábitos problemáticos
- Mal desempeño académico
- Problemas de crianza de los hijos
- Salud/dolor físicos
- Experiencias traumáticas
- Temores
- Baja autoestima
- Cambios de humor
- Aislamiento social
- Estados de ánimo inestables/alterados
- Alucinaciones/delirios
- Conducta/movimientos repetitivos
- Consumo de alcohol/drogas

Ataques   
 Problemas de pena/pérdida   
 Pesadillas/terrores nocturnos   
 Problemas para quedarse dormido   
 Otra \_\_\_\_\_

Hábitos/nutrición/problemas alimenticios   
 Problemas de medicación   
 Problemas con la audición/vista   
 Problemas para mantenerse dormido

Por favor califique qué tan intensos son los problemas que lo traen/traen a su hijo hoy a Counseling Care Center.

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10  
 No son intensos Son abrumadores

**INFORMACIÓN MARITAL Y FAMILIAR**

Por favor indique a todos los miembros de su grupo familiar actual:

Nombre	Relación	Edad	Empleo/situación escolar

Por favor describa cualquier problema o inquietud sobre cuestiones/conflictos familiares (es decir, emocional, conductual, legal, de consumo de alcohol o drogas, etc.) \_\_\_\_\_

Por favor describa las fortalezas y/o los apoyos de su familia o amigos \_\_\_\_\_

**FAMILIA DE ORIGEN**

¿Cómo describiría usted su vida familiar mientras crecía? \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier problema significativo de la infancia/adolescencia o la juventud que aún lo esté afectando hoy: \_\_\_\_\_

¿Tuvo usted alguno de los siguientes problemas mientras crecía?

- Problema de desarrollo físico – Por favor describa \_\_\_\_\_
- Dificultad/discapacidad de aprendizaje – Por favor describa \_\_\_\_\_
- Problemas/discapacidad emocionales/conductuales – Por favor describa \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN/VOCACIÓN**

Por favor marque todo lo que corresponda a usted:

Inquietudes de vivienda     Apoyos sociales limitados     Inquietudes económicas     Otro \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus fortalezas? \_\_\_\_\_

¿Qué cualidades personales dirían otros que tiene usted? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel más alto de educación completado?     Escuela primaria     Diploma de equivalencia

general

Escuela secundaria – Grado más alto completado \_\_\_\_     Algunos estudios universitarios   

Título universitario de dos años     Licenciatura     Maestría     Doctorado

¿Cuál fue su especialización? \_\_\_\_\_

¿Sirvió usted en las fuerzas armadas?     Sí     No    Rama: \_\_\_\_\_    Rango \_\_\_\_\_

Fechas de servicio \_\_\_\_\_    Dónde \_\_\_\_\_

Por favor describa su experiencia \_\_\_\_\_

¿Cuál es su situación laboral actual?     A tiempo completo     A tiempo parcial     Incapacidad

Ama de casa     Jubilado     Desempleado

¿Dónde trabaja/trabajó usted (trabajo más reciente)? \_\_\_\_\_    ¿Cuál es/era su cargo? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría usted sus experiencias de trabajo? \_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO

Por favor indique cualquiera de sus intereses, pasatiempos, o actividades comunitarias o recreativas actuales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha habido un cambio en su participación en estas actividades últimamente?     No     Sí

Aumento     Disminución     Dejó de participar

### SITUACIÓN LEGAL

Por favor indique cualquier problema legal que le esté afectando o esté afectando a su familia actualmente, o que haya tenido un efecto significativo en usted en el pasado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA

Por favor indique los servicios **AMBULATORIOS** anteriores de salud mental/orientación o para el alcohol/las drogas/la adicción:

Fechas del tratamiento de salud mental/para la adicción	Hospital/clínica	Diagnóstico	Edad	Tipo de tratamiento (salud mental o adicción)

--	--	--	--	--

Por favor indique los servicios **HOSPITALARIOS** anteriores de salud mental o los tratamientos hospitalarios anteriores para el alcohol/las drogas/la adicción:

Fechas del tratamiento de salud mental/para la adicción	Hospital/clínica	Diagnóstico	Edad	Tipo de tratamiento (salud mental o adicción)

Por favor describa cualquier inquietud de salud mental en su familia \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA

¿Quiénes son sus médicos actuales? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su chequeo médico más reciente? \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier alergia, incluyendo los alimentos, pólenes y medicamentos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier medicamento/medicamento sin prescripción/vitamina/remedio natural actual \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INQUIETUDES** actuales de salud médica \_\_\_\_\_

¿Cuál es su nivel actual de dolor?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Ninguno

Inaguantable

¿Dónde está localizado el dolor en su cuerpo? \_\_\_\_\_

**INQUIETUDES** pasadas de salud médica \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Hay una historia de alguno de los siguientes en usted o su familia?

Tuberculosis       Defectos congénitos       Problemas emocionales       Problemas de conducta

Problemas de tiroides       Discapacidades cognitivas       Enfermedad cardíaca     

Obesidad

Derrame cerebral       Diabetes       Fibromialgia       Asma

Cirrosis       Esclerosis múltiple       Enfermedad de Huntington       Enfermedad de

Parkinson

Hipertensión       Úlceras/Colitis       Tipo de cáncer \_\_\_\_\_

Enfermedad de Alzheimer/demencia

Enfermedad autoinmune - Lupus

Otro: Por favor describa: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE CONSUMO/ABUSO DE SUSTANCIAS

¿Ha expresado alguien una inquietud sobre su consumo de alcohol o drogas?  Sí  No

¿Está usted preocupado por su consumo de alcohol o drogas?  Sí  No En caso afirmativo:

¿Ha aumentado su tolerancia con el tiempo? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado usted problemas de trabajo relacionados con el consumo? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Ha experimentado usted problemas con las relaciones relacionados con el consumo? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia bebe hasta emborracharse al mes? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Experimenta usted ansias y/o síntomas de abstinencia? Por favor explique \_\_\_\_\_

¿Hay una historia familiar de consumo? Por favor describa \_\_\_\_\_

### RELIGIÓN/ESPIRITUALIDAD

¿Se considera usted una persona espiritual/religiosa?  Cree en Dios  Cree en un poder superior

No creyente

No está seguro

Otro \_\_\_\_\_

¿Siente usted que esto tiene un impacto en su terapia?  No  Sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier pensamiento, sentimiento, plan o intento que usted esté experimentando/haya experimentado para lastimarse, matarse o lastimar a otros: \_\_\_\_\_

## GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con un " " para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T \_\_\_\_ = \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

# PHQ9P

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (US Spanish version of the PHQ)				72883
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
<b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b> 0 + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
<p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <p style="text-align: center;"> <b>Para nada difícil</b>                      <b>Un poco difícil</b>                      <b>Muy difícil</b>                      <b>Extremadamente difícil</b>  <input type="checkbox"/>                                      <input type="checkbox"/>                                      <input type="checkbox"/>                                      <input type="checkbox"/> </p>				
<small>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P</small>				
<b>Confirmo que la información en este formulario es correcta.</b>		Iniciales del paciente:		Fecha:

\_\_\_\_\_ MRN

\_\_\_\_\_ PROVEEDOR

**Beloit Health System**  
**COUNSELING CARE CENTER**  
**ACUERDO DE SERVICIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Counseling Care Center de Beloit Memorial Hospital es una clínica certificada de conformidad con el estatuto de Wisconsin (sección 35 del Reglamento del Departamento de Servicios Humanos y sección 75.13 del Reglamento del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares) y puede recibir beneficios obligatorios de compañías de seguros con sede en Wisconsin. Nuestro personal consiste en psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y orientadores licenciados. Los psiquiatras y psicólogos del personal brindan supervisión clínica para cada cliente. Las evaluaciones iniciales generalmente duran de 50 a 120 minutos, mientras que las sesiones de psicoterapia consisten en consultas de 25 a 50 minutos. Otras sesiones individuales y de grupo suelen durar de 15 minutos a 2 horas, según lo programado. Se ha proporcionado y discutido con usted una tabla de honorarios, y la misma está disponible previa solicitud.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Su firma autoriza al personal de Counseling Care Center de Beloit Health System para prestar servicios de salud mental al cliente identificado, teniendo entendido que usted será responsable del pago de todos los cargos incurridos durante tales servicios.

**CONSENTIMIENTO DEL TUTOR PARA EL TRATAMIENTO:** Los tutores de los menores o los tutores de los adultos calificados como no competentes llenarán todos los consentimientos y acuerdos para el tratamiento. Los tutores o cuidadores aprobados (es decir, los padres sustitutos a los que el estado les haya dado derechos, los padrastros con permiso de tutor y los asistentes de enfermería aprobados) estarán presentes durante todas las citas. Usted acepta mantener la confidencialidad de la comunicación entre su hijo (o pupilo) y su terapeuta.

**ACUERDO PARA ASISTIR A, REPROGRAMAR Y CANCELAR CITAS:** Con el fin de brindarle servicios rápidos de salud mental a usted y a nuestros otros clientes, necesitamos su cooperación para llegar a tiempo y asistir a todas las citas programadas. Nuestro personal también hará todo lo posible por llegar a tiempo, pero debido a emergencias, podría haber breves demoras. Si se anticipa una demora significativa, se le informará.

Para evitar que se le cobre una cita perdida, si usted sabe que tendrá que cambiar o cancelar una cita programada, debe hacerlo por lo menos ***un día hábil antes del día de su cita programada, durante el horario normal de oficina.*** Los "días hábiles" son de lunes a viernes, excluyendo los feriados.

Aún si surge una emergencia, le pedimos que usted llame a nuestra clínica para informarnos que no puede asistir a su cita. Usted no tendrá que dar ninguna explicación en tal circunstancia. Debido a la demanda de servicios por parte del cliente, si hay más de tres casos en cualquier período de seis meses en los cuales

- a) usted se pierda o no se presente a cualquier cita programada y/o
- b) usted no notifique con antelación las cancelaciones (según se definen arriba)

entonces todo su tratamiento en Counseling Care Center se suspenderá durante seis meses, lo que permitirá a los nuevos pacientes acceder a los servicios. Al firmar abajo, confirmo que he leído y entiendo la importancia del

acuerdo de arriba y tengo entendido que mi incumplimiento resultará en la terminación de todos mis servicios en Counseling Care Center.

**PAGO DE LOS SERVICIOS:** El Departamento de Facturación de Beloit Memorial Hospital cooperará con usted para solicitar un reembolso a su pagador externo. Al firmar abajo, usted da su consentimiento para la divulgación de información, incluyendo las fotocopias de su registro según lo solicitado, que podría ser necesaria para obtener el reembolso. Sin embargo, el hospital no acepta la responsabilidad por el cobro de su reclamación o por la negociación de un acuerdo sobre una reclamación litigiosa. **Tengo entendido que es mi responsabilidad contactar a mi compañía de seguros en relación con los límites de cobertura en Counseling Care Center y sus proveedores. Tengo entendido además que cualquier honorario no cubierto por el seguro será mi responsabilidad a menos que se hayan hecho arreglos financieros previos con el Departamento de Facturación del hospital.**

**POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD:** Counseling Care Center valora mucho la confidencialidad de la información que nuestros pacientes compartan con nosotros. Tenemos entendido que esta información a menudo es altamente confidencial. Esta política ha sido preparada para aclarar nuestras responsabilidades legales y éticas, en referencia a la sección 51.30 de la parte 2 del capítulo 42 del Código de Reglamentos Federales y el capítulo 51 de los Estatutos de Wisconsin, así como también la sección 61.23 del Reglamento del Departamento de Salud y Seguridad Social de la ley estatal, de conformidad con los estatutos de licenciamiento de la sección 35 del Reglamento del Departamento de Servicios Humanos y la sección 75.13 del Reglamento del Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares

Si existe la necesidad de compartir sus registros con alguien que no esté empleado por Counseling Care Center (por ejemplo, su médico, sus familiares u otra agencia), se le pedirá que firme un formulario autorizando una transferencia de la información. La información sobre su historia y el tratamiento solo se compartirá con otros si usted proporciona un consentimiento informado por escrito. Si ocurre una comunicación verbal entre su proveedor y otra persona, esto ocurrirá con un consentimiento similar. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento.

**EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD:**

Existen varios casos importantes en los que se podría divulgar información confidencial a otros sin su consentimiento. Estos incluyen lo siguiente:

En primer lugar, si tenemos motivos para sospechar un abuso o abandono de un niño o una persona de edad avanzada, la ley nos obliga a denunciar esto a la agencia estatal o condal de servicios sociales apropiada. Esta ley ha sido concebida para proteger a las personas vulnerables contra daños, y nuestra obligación de denunciar cualquier presunto abuso o abandono es clara. Las agencias de servicios sociales podrían optar/no optar por investigar la denuncia.

En segundo lugar, si usted está involucrado en un litigio criminal o civil de cualquier tipo (incluyendo un divorcio pendiente) e informa al tribunal de los servicios que recibió de nosotros, el tribunal podría emitir una orden judicial para presentar los registros.

En tercer lugar, si usted amenaza con causarse daño o causar daño a otra persona, y nuestro personal cree que su amenaza es grave, está obligado de acuerdo con la ley de Wisconsin a tomar las medidas necesarias para protegerlo y/o proteger a otros contra un daño grave. Esto podría incluir la obligación de nuestro personal de divulgar información confidencial a la policía u otros para garantizar su seguridad y la de los demás. Tal información confidencial sólo se divulgaría en circunstancias inusuales en las que la vida o seguridad física de alguien parezcan correr un peligro inminente significativo.

En cuarto lugar, si usted ha sido remitido a esta agencia por un tribunal (orden judicial), puede suponer que el tribunal espera recibir actualizaciones formales en relación con su tratamiento. Usted debería discutir con nosotros exactamente qué tipo de información se incluiría en el informe *antes de que* divulgue cualquier tipo de material confidencial.

**HISTORIALES MÉDICOS ELECTRÓNICOS:** Con un enfoque en la atención integral y la comunicación de calidad, desde el 03/18/13, todos los servicios prestados por Counseling Care Center se documentan y almacenan, y los servicios de facturación se prestan por medio de un registro médico unificado de Beloit Health System. El acceso a los registros de Counseling Care Center por parte de los empleados de Beloit Health System o sus filiales debe seguir la política y los procedimientos del sistema. Algunos ejemplos del acceso podrían incluir la divulgación de registros con su permiso, o una revisión médica de sus medicamentos y su atención por parte de un médico/una enfermera recetadora para la consideración de la atención médica en curso. Los esfuerzos por mantener su privacidad son consistentes con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos y los capítulos 35 y 75 de los Códigos de Administración de Wisconsin.

**CONFIDENCIALIDAD Y DERECHOS DEL PACIENTE:** Usted ha recibido y ha hecho que se le explique la descripción de Counseling Care Center de su política de confidencialidad y los derechos del paciente a ser tratado en Counseling Care Center.

---

Acepto participar en los servicios de Counseling Care Center de conformidad con mi acuerdo de servicio. Los honorarios habituales han sido discutidos conmigo y sé que puedo solicitar una copia de la tabla de honorarios. También he recibido una copia de la declaración de confidencialidad de Counseling Care Center. Entiendo los términos de lo anterior y cedo los beneficios de seguro por medio de mi firma. Puedo recibir una copia de este documento. Este consentimiento permanecerá en vigor durante 12 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque de lo contrario por escrito.

---

Firma del paciente Fecha En presencia de Fecha

---

Padre/tutor/apoderado Fecha

**Beloit Health System  
COUNSELING CARE CENTER  
DESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE**

El siguiente es un breve resumen de sus derechos como paciente tratado en Counseling Care Center. Por favor no dude en hacer preguntas sobre sus derechos en cualquier momento durante las reuniones con sus proveedores de tratamiento u otros miembros del personal de Counseling Care Center.

1. Usted tiene derecho a ser informado de su plan de tratamiento, incluyendo lo siguiente:
  - a. Los posibles resultados y efectos secundarios del tratamiento recomendado en el plan de tratamiento.
  - b. Las recomendaciones de tratamiento y los beneficios de las recomendaciones de tratamiento.
  - c. La duración aproximada y los resultados deseados de las recomendaciones contenidas en el plan de tratamiento.
  - d. Los derechos del paciente que esté recibiendo servicios ambulatorios de salud mental, incluyendo los derechos y las responsabilidades del paciente durante el desarrollo y la implementación de un plan individual de tratamiento.
  - e. Los servicios ambulatorios de salud mental que se ofrecerán de acuerdo con el plan de tratamiento.
  - f. La naturaleza de la atención, los procedimientos y el tratamiento que usted recibirá.
  - g. Los riesgos potenciales del tratamiento, incluyendo los potenciales efectos adversos de los medicamentos.
  - h. Las alternativas de tratamiento.
  - i. El período de tiempo para el cual usted proporcionará un consentimiento informado para el tratamiento, que es de un año a menos que se especifique lo contrario.
  - j. El derecho a retirar su consentimiento informado en cualquier momento por escrito.
  - k. En qué circunstancias podría ser usted dado involuntariamente de baja y las necesidades resultantes de remisión.
2. Usted tiene derecho al tratamiento en el ambiente menos restrictivo disponible, consistente con su seguridad y la de los demás, y su salud y bienestar.
3. Usted tiene derecho a recibir un tratamiento rápido y adecuado.
4. Usted tiene derecho a rechazar un medicamento, a menos que lo ordene un tribunal.
5. Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un consultor, a sus expensas (o según lo cubierto por su seguro público o privado) si no está de acuerdo con alguno de sus planes de tratamiento o con ninguno.
6. Usted tiene derecho a revisar sus registros de tratamiento con sus proveedores de tratamiento.
7. Usted tiene derecho a un tratamiento confidencial salvo lo dispuesto de otra manera por la ley.
8. Usted o su tutor pueden inspeccionar o recibir una copia de sus registros de tratamiento y cuestionar cualquier inexactitud. Los registros se copiarán sin demora solo previa solicitud por escrito por parte de usted.
9. Usted tiene derecho a conocer los honorarios que se esperará que pague por los servicios.
10. Usted tiene derecho a ser informado de los medios para obtener servicios de salud mental de emergencia durante los períodos fuera del horario normal de atención de la clínica.
11. Usted tiene derecho a presentar una queja sobre cualquier aspecto de su tratamiento y a hacer que su queja sea investigada.
12. Usted tiene derecho a recibir asistencia para ejercer sus derechos si lo solicita.

Entiendo estos derechos y he recibido una copia de este documento. Tengo entendido que puedo contactar a Jeannie Yowler, Directora de la Clínica llamando al 364-5240 o a Laura Neece, Gerente Clínico de Counseling Care Center llamando al 364-5686 en el caso de una queja del paciente o necesidades de defensa.

---

Firma del paciente Fecha Firma del padre/tutor Fecha

BELOIT HEALTH SYSTEM, INC.  
AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA A TRATAR LOS MENORES INSCRITOS EN EL  
DISTRITO ESCOLAR DE BELOIT

**PROPÓSITO**

Este formulario puede utilizarse para permitir a los menores que son estudiantes del distrito escolar de Beloit para recibir servicios de salud del Beloit Health Services, Inc. ("BHS") en la clínica de la escuela Beloit, ubicada en Beloit Memorial High School, o en otras localidades de BHS. Entendemos que, para algunas familias, puede ser más conveniente tener autorización previa que permita dar servicios de atención médica a los menores de edad si el padre o el tutor legal no puede estar presente para proporcionar consentimiento. Si usted desea contar con dicha autorización previa, por favor revise y complete el siguiente formulario autorizando de antemano los servicios de atención médica para su hijo menor.

**AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Tengo el derecho legal de autorizar a BHS y su personal para ofrecer servicios de atención médica al niño menor de edad nombrado abajo matriculado en el distrito escolar de Beloit. Los servicios pueden incluir, pero no se limitan a: evaluación médica, examen físico, radiografías, trabajo de laboratorio, vacunas, exámenes físicos para deportes, salud reproductiva, servicios de salud mental y servicios de abuso de alcohol y drogas (en general, "cuidado de salud").

Solicito y autorizo a BHS y su personal para ofrecer atención médica al niño menor de edad nombrado a continuación como considere necesario o conveniente en el diagnóstico y tratamiento del menor:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Reconozco que la ley estatal permite a menores de edad a consentir y obtener cierta atención de salud sin consentimiento de los padres. En esas situaciones, reconozco que el niño menor de edad nombrado arriba todavía puede obtener cierta atención de salud de BHS sin mi autorización y que BHS cumplirá con todas las leyes aplicables con respecto a los requisitos de consentimiento.

Entiendo que la prestación de atención médica no es una ciencia exacta y reconozco que no hay garantías hechas a mí en cuanto a los resultados de salud recibidos de BHS.

**RESPONSABILIDAD DE SEGUIMIENTO**

Entiendo que BHS puede proporcionar instrucciones a seguir en casa y que es mi responsabilidad organizar el cuidado de seguimiento y de seguir cualquier instrucción proporcionada. Entiendo que debo contactar a BHS si tengo preguntas sobre los cuidados de seguimiento necesarios o instrucciones.

**CITAS PERDIDAS**

Entiendo que las citas perdidas afectan la capacidad de BHS para proporcionar un acceso rápido a los pacientes. Estoy de acuerdo en notificar a BHS 24 a 48 horas antes de la cancelación o para reprogramar la cita.

**PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN PARA PROPÓSITOS DE FACTURACIÓN**

Estoy de acuerdo que BHS dará y recibirá de mis aseguradores, otros pagadores u otras personas según sea necesario para propósitos de facturación y afines, en horarios razonables y de acuerdo con las actuales políticas y procedimientos, cualquier información que pueda ser necesaria para propósitos de facturación, colección o pago de reclamaciones por servicios prestados. Esta información puede incluir la identidad del menor, evaluaciones médicas y psicológicas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento para enfermedades físicas o emocionales, discapacidades del desarrollo, tratamiento de abuso de alcohol o drogas, notas de progreso y toda otra información contenida en los registros médicos en la medida en que tales registros sean necesarios para la facturación o colección de las prestaciones debidas de cualquier pagador. Entiendo que tengo el derecho, a petición, para inspeccionar y recibir una copia de todos los registros que se consignan.

**ASIGNACIÓN y ACUERDO FINANCIERO**

En consideración al cuidado médico proporcionado por BHS, asigno a BHS cualquier beneficio de seguro de cualquier otra parte que cubra los gastos incurridos. Entiendo que BHS intentará obtener cualquier aprobación y autorización requerida por cualquier seguro aplicable pero que finalmente soy responsable de asegurar de que cualquier cuidado médico proporcionado sea cubierto por el seguro y de pagar cualquier dinero adicional que se deba a BHS para el Servicio de Salud.

Si mi hijo menor de edad es un beneficiario de Medicare o Medicaid, solicito que los pagos de beneficios de Medicare y Medicaid autorizados sean hechos en nombre de mi hijo menor a BHS por toda la atención médica proporcionada por BHS. Estoy de acuerdo que estos beneficios pagaderos deberán ser abonados directamente al BHS y que este acuerdo no puede ser revocado sin mi consentimiento y el de BHS. Si recibo pago directamente de la compañía de seguros de mi hijo menor, es mi responsabilidad dárselo a BHS dentro de 30 días de recibirlo.

Si la atención médica proporcionada a mi hijo menor de edad no está cubierta por Medicare, Medicaid u otro seguro aplicable, yo seré responsable de pagar la factura completa a BHS. Si mi hijo menor de edad es un beneficiario de Medicare, entiendo que recibiré un aviso de que los servicios de salud no serán cubiertos. Si, después de este aviso, decido que mi hijo menor de edad todavía reciba el cuidado de salud, seré responsable de pagar la factura completa. Si la cantidad cubierta por Medicare, Medicaid u otro seguro no es suficiente para cubrir todos los cargos de BHS, puedo ser responsable por el pago de la diferencia en la medida permitida por la ley y las políticas aplicables al pagador. Estoy de acuerdo que los abonos o cantidades recibidas por BHS mayores que mi balance pueden aplicarse a otros saldos que yo o mi familia debamos a BHS. Estoy de acuerdo en pagar los cargos no cubiertos por este trabajo, incluyendo pero no limitado a copagos, cargos de otros seguros y deducibles, conforme a las tarifas regulares y términos aplicables de BHS.

### **COLECCIÓN**

Si no se le paga a BHS por la atención médica recibida por mi hijo menor de edad, la cuenta o la porción sin pagar de la cuenta puede ser referida a un abogado para la colección. Estoy de acuerdo que también seré responsable de todos los honorarios razonables de abogado, incluyendo honorarios de abogado de BHS y los honorarios de mi abogado y cualquier otro costo, honorarios o gastos incurridos como resultado del proceso de colección como permitido por la ley de Wisconsin.

### **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN/PAGO DEL PACIENTE**

Según corresponda, la solicitud de certificación/pago del paciente bajo el título XVIII y XIX o la ley de Seguridad Social (Medicare y Medicaid): certifico que la información dada por mí en la aplicación de pago bajo los títulos XVIII y XIX de la ley de asistencia de Medicaid y Seguridad Social de Wisconsin es correcta. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí para liberar cualquier información necesaria para una reclamación de Medicare o Medicaid relacionada a la administración del Seguro Social o sus intermediarios o compañías. Solicito que se haga pago de prestaciones autorizados en mi nombre.

### **RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTO**

He leído y entiendo este formulario de autorización y consentimiento para tratar menores y soy capaz y autorizado(a) a firmar este documento. Entiendo que no tengo derecho de hacer cambios o modificaciones a este documento. Notificaré a BHS si la cobertura del seguro de mi hijo menor (incluyendo la elegibilidad para Medicare o Medicaid), cambia de domicilio u otra información de contacto.

\_\_\_\_\_  
Paciente/tutor firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación al paciente:

Padres

Tutor legal

**ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ES EFECTIVO INDEFINIDAMENTE A MENOS QUE O HASTA QUE USTED LO REVOQUE POR ESCRITO A BHS.**

**BELOIT HEALTH SYSTEM, INC.**  
**AVISO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de BHS ("APP") que:

- Explica cómo BHS utiliza y divulga la información de salud;
- Describe mis derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida;
- Detalles de las obligaciones de BHS conmigo concerniente al uso y divulgación de información de salud protegida; y
- Proporciona un contacto para obtener información adicional sobre las políticas de privacidad de BHS.

\_\_\_\_\_  
Paciente/tutor firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación al paciente:

Padres

Tutor legal



1969 W. Hart Rd.  
Beloit, WI 53511-2230

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE FECHA DE  
 NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL NÚMERO DE  
 TELÉFONO

POR LA PRESENTE AUTORIZO A, Y SOLICITO QUE:

Counseling Care Center \_\_\_\_\_ DIVULGUE A  
 1969 W. Hart Road \_\_\_\_\_ RECIBA DE  
 Beloit, WI 53511 \_\_\_\_\_ DIVULGUE A, Y  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ RECIBA DE  
 608-364-5686  
 Fax: 608-363-5756

BLA Office Staff  
 ORGANIZACIÓN/INDIVIDUO  
1033 Woodward Ave.  
 DIRECCIÓN  
Beloit WI 53511  
 CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL  
608-361-4300  
 TELÉFONO FAX

En cumplimiento con los Estatutos de Wisconsin, que exigen un permiso especial para divulgar información que de otro modo sería privilegiada, por favor divulguen los registros concernientes a \_\_\_\_\_ la salud mental \_\_\_\_\_ la condición de portador del VIH \_\_\_\_\_ el abuso del alcohol y/o las drogas

Información específica solicitada:

<input type="checkbox"/> Historia psicosocial	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Cita/confirmación/remisión
<input type="checkbox"/> Chequeo médico	<input type="checkbox"/> Notas del tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Resumen de alta
<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Notas del tratamiento de psicoterapia	<input type="checkbox"/> Expedientes escolares
<input type="checkbox"/> Órdenes del médico	<input type="checkbox"/> Evaluación del abuso del alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/> Datos de laboratorio
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/> Notas del tratamiento del abuso del alcohol u otras drogas	<input type="checkbox"/> Otra _____

Fechas de servicio a ser divulgadas: Desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Propósito de la necesidad de divulgación: (por favor marque todo lo que corresponda)

Atención médica adicional  Coordinación de la atención de los dependientes/el cónyuge  Seguro  
 Resolución de reclamaciones  Otro \_\_\_\_\_

Tengo entendido que tengo derecho a copiar e inspeccionar la información que ha de ser divulgada. Tengo entendido además que los registros contienen información sobre la condición médica y el tratamiento del paciente, y posiblemente podrían incluir información concerniente al consumo de drogas y/o alcohol, y/o el estado de salud mental, y/o el SIDA o las enfermedades relacionadas con el VIH.

Tengo entendido además que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento. Tengo entendido que si retiro esta autorización debo hacerlo por escrito. Tengo entendido que el retiro no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta autorización, y que el retiro no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi aseguradora el derecho a impugnar una reclamación de acuerdo con mi póliza. A menos que se retire de otra manera, esta autorización caducará en el siguiente día o evento:

\_\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de caducidad, esta autorización caducará en seis meses.

Tengo entendido que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de una nueva divulgación no autorizada y podría no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.

Tengo entendido que autorizar la divulgación de esta información de salud es voluntario. Puedo negarme a firmar la autorización. No tengo que firmar este formulario para garantizar el tratamiento. Podría experimentar consecuencias por no firmar esta autorización si es remitida desde una agencia obligatoria (es decir, un empleador o los tribunales).

Tengo entendido que tengo derecho a tener una copia de este consentimiento firmado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (incluye a los menores de 14 años de edad y más)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor/representante personal (relación) Firma del

\_\_\_\_\_  
Fecha de la

\_\_\_\_\_  
testigo

\_\_\_\_\_  
firma Fecha

de la firma

Consentimiento  
para la atención  
de terapia  
06/27/17

## **INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Beloit Health Systems reconoce el derecho del paciente a la confidencialidad de los registros médicos como se dispone en los estatutos de Illinois y Wisconsin. Por consiguiente, usted debe estar al tanto de las siguientes pautas cuando solicite registros médicos.

Tanto los estatutos de Illinois como los de Wisconsin reconocen la necesidad de un consentimiento informado. El paciente puede solicitar varias divulgaciones de la información indicada en el formulario de autorización. Sin embargo, todas las divulgaciones basadas en este formulario se limitan a los registros fechados hasta la fecha de la firma del paciente inclusive. Es necesaria una nueva autorización para la divulgación de información sobre la atención brindada después de la fecha de su firma, A MENOS QUE sea la autorización para divulgar "registros futuros de una prueba específica, una cita clínica específica y/o una admisión con el mes y año identificados".

Todos los pacientes de 18 años de edad y más deben firmar para la divulgación de sus propios registros médicos a menos que se apliquen las siguientes condiciones:

- \* El paciente sea incompetente.
- \* El paciente esté incapacitado y no pueda firmar el formulario.
- \* El paciente esté muerto (el cónyuge sobreviviente o el representante legal deben firmar la autorización para divulgar los registros de la persona fallecida).

Los pacientes menores de 18 años de edad deben firmar para la divulgación de los registros médicos en los siguientes casos:

- \* Cuando el paciente tenga 14 años de edad o más y los registros involucren el tratamiento de enfermedades mentales, el alcoholismo o la dependencia a las drogas.
- \* Cuando los registros del paciente para la divulgación incluyan el aborto.

Todas las personas que firmen para la divulgación de registros en lugar del paciente deben indicar su relación con el paciente y tener disponible una prueba de la autoridad legal para divulgar los registros.

Para la continuación de la atención, las partes pertinentes de su información médica se enviarán a su médico/centro médico gratuitamente. Todas las demás solicitudes están sujetas a cargos. Algunas solicitudes de registros podrían requerir un pago por adelantado. Si su solicitud requiere un pago por adelantado, se le enviará una factura con instrucciones sobre cómo enviar los pagos. Si se requiere un pago, los registros se enviarán después de que se reciba el pago.

**Si usted tiene alguna pregunta sobre la información de arriba, por favor no dude en consultarnos.**