



Programas de Servicio de Drogas y Alcohol

Hoja de Triage

Fecha: _____

Nombre (Primero, Segundo, y Apellido): _____

(Por favor deletree su Segundo Nombre)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Quién lo refirió? _____

PROGRAMA DE TRATAMIENTO ASISTIDO CON MEDICAMENTOS

(Circulé Uno)

¿Cuál es su droga de preferencia? Alcohol o Otra sustancia

¿Es un usuario de IV?..... Si o No

¿Está embarazada? Si o No...Si le aplica, ¿cuál es la fecha de parto? _____

¿Ha tenido un intento de suicidio en los últimos 30 días? Si o No

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 30 días? Si o No

¿Le gustaría un kit de Naloxona gratis hoy?.....Si o No

*Tenga en cuenta que puede venir y obtener capacitación y kit de naloxona en cualquiera de nuestras 4 ubicaciones. También puede ir a cualquier CVS/Walgreens y obtener naloxona sin receta.

¿Está aquí para la desintoxicación Opiácea / Suboxone? Si o No

¿Está aquí para la desintoxicación de alcohol? Si o No

¿Está interesado en medicamentos para dejar de consumir alcohol?..... Si o No

¿Está usando Metadona? Si o No

¿Tiene alguna receta para Opiáceos y/o Analgésicos? Si o No

¿Es usted un paciente activo para el manejo del dolor?..... Si o No

¿Ha sido dado de alta del hospital en los últimos 14 días?..... Si o No

¿Ha sido descargado de la cárcel en los últimos 14 días?..... Si o No

¿Tiene transportación para las citas de tratamiento? Si o No

¿Te consideras sin hogar? Si o No

Nombre del cliente: _____

Cliente MR# _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

N.º de MR del Paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Prefijo Señorita Sr. Sra. Srita.

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Email: _____

ID de Medicaid: _____ ID de Beneficiario de Medicare: _____

Teléfono n.º 1: _____ Tipo: Casa Celular Empresa Otro
 No llame No deje mensajes

Teléfono n.º 2: _____ Tipo: Casa Celular Empresa Otro
 No llame No deje mensajes

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Dirección de facturación: Sí No Si la respuesta es No, dirección de facturación: _____

Comentarios: Mencione cualquier necesidad especial o consideración importante que se deba tener en cuenta sobre el paciente.

Alias del Paciente

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre Preferido Nombre Anterior Alias

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre preferido Nombre anterior Alias

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre preferido Nombre anterior Alias

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente: _____ Página 1 de 7



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Datos Demográficos

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino No se menciona

Estado civil:

- Divorciado Pareja Doméstica Casado Separado Viudo
 Nunca Casado No se sabe

Identidad de género:

- Masculino Femenino No binario No está seguro/Se cuestiona Otro
 Transgénero Femenino a Masculino (FTM)/Transgénero Masculino/Hombre Trans
 Prefiere no responder Masculino a Femenino (MTF)/Transgénero Femenino/Mujer Trans
 No se sabe/No se preguntó Genderqueer, Ni Exclusivamente Masculino Ni Femenino

Orientación Sexual:

- Heterosexual/Hetero Lesbiana (Femenino) Gay (Masculino) Bisexual
 Transgénero Prefiere no responder No está seguro/Se cuestiona
 Se niega a responder No se sabe/No se preguntó

Pronombre: Él Ella Ellos Ze

Origen étnico:

- Amerasiático Nativo Americano Asiático Indio Negro Camboyano
 Chino Dominicano Filipino Guameño Nativo Hawaiano Hispano/Latino
 Japonés Coreano Laosiano Mexicano/Mexicano Americano Múltiple
 Ni Hispano Ni Latino Otro Asiático o Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita
 Blanco Desconocido

Raza:

- Nativo de Alaska Indio Americano Indio Asiático Negro/Afroamericano
 Camboyano Chino Filipino Guameño Hmong Japonés Coreano
 Laosiano Mien Multirracial Nativo Hawaiano Otro Asiático Otro Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco/Caucásico Desconocido Prefiere no responder

Médico de Atención Primaria (PCP): _____

El paciente no tiene PCP

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____ Página 2 de 7



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Información Económica

Responsable Económicamente: Sí No

Ingresos anuales del grupo familiar: \$ _____ # de dependientes: _____
en el grupo familiar: _____

Fuente de Ingresos:

- Salario/Sueldo Asistencia pública Jubilación/Pensión Discapacidad
 Otro Ninguno No se sabe No recibe

Arreglos de Vivienda:

- Vivienda dependiente Sin hogar Vivienda independiente Residencia privada – Independiente En las calles o en un refugio para personas sin hogar
 Residencia privada – Dependiente Adulto o niño Cárcel o centro correccional
 Entorno institucional Atención residencial las 24 horas Casa o apartamento (incluye casas rodantes, hoteles, dormitorios, cuarteles, etc.) Vivienda colectiva
 Casa o apartamento, que necesita algo de apoyo con las actividades de la vida cotidiana (solo adultos) Casa o apartamento, que necesita apoyo y supervisión diarios (solo adultos) Vivienda asistida (solo adultos) Casa de familia de crianza temporal
 Centro de tratamiento residencial Centro de tratamiento de la comunidad
 Alojamiento y atención Centro de rehabilitación de salud mental Centro residencial para adultos, Centro de rehabilitación social, Centro residencial de crisis, Residencia de transición, Centro de drogas, Centro de alcohol Hospital estatal Relacionado con la justicia Otro Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados, Centro médico psiquiátrico para pacientes hospitalizados (PHF) u Hospital de Asuntos de los Veteranos (VA) Sin hogar, sin una residencia identificable No se sabe/No se reporta Centro de enfermería especializada/Centro de atención intermedia/Institución de enfermedades mentales

Condado de residencia: _____ Condado de responsabilidad económica: _____

Educación/Empleo:

Estado educativo:

Actualmente inscrito: Sí No Nivel de grado en el que está inscrito: _____
Grado más alto completado: _____ Sabe leer/escribir: Sí No

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____ Página 3 de 7



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Sabe leer y escribir Sabe leer, pero no escribir Sabe escribir, pero no leer

Estado militar: Sí No Estado de veterano: Sí No

Estado de empleo:

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Desempleado, buscando trabajo
- Desempleado que no busca trabajo Empleo con apoyo/de transición
- Ama de casa Estudiante Jubilado Discapacitado No es parte de la fuerza laboral
- Edades 0-5
- Trabajador voluntario Residente/recluso de una institución Otro: _____

Participación en la justicia penal:

- Probación Departamento Correccional Compromiso con el Depto. de Servicios Juveniles
- Cárcel Probación No participa

Idioma:

Idioma principal/preferido: _____

- El paciente no habla inglés Necesita servicios de un intérprete

Origen Hispano:

- Puertorriqueño Mexicano Cubano Otro Hispano No es de origen Hispano
- Prefiere no responder No se sabe

Información de Transporte

- Necesita servicios de transporte

Mencione cualquier adaptación para necesidades especiales (por ejemplo, silla de ruedas, animal de servicio, elevación)



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Preferencias

Preferencia de comunicación: Mensaje de texto Correo electrónico Mensajes de voz
 No enviar avisos

Teléfono de comunicación: _____

Días de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie

Contactos

Información del Contacto n.º 1:

Relación: _____

Nombre _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____

Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Información del Contacto n.º 2:

Relación: _____

Nombre _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor

Miembro del grupo familiar

Nombre del Paciente: _____

N.º de MR del Paciente _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____ Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información del Contacto n.º 3:

Relación: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor
 Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____ Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información del Contacto n.º 4:

Relación: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____ Página 6 de 7



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____

Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre del Paciente: _____

N.º de MR del Paciente _____

Página 7 de 7

SALUD & BIENESTAR-CUESTIONARIO DE SALUD			
Departamento de Salud & Bienestar de San Luis Obispo		<input checked="" type="checkbox"/> DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (805) 781-4275 FAX (805) 781-1227	
		<input type="checkbox"/> MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177	
Proveedores de Servicios Médicos:			
Marque cualquiera de los servicios que ha recibido o ha recibido en los últimos 5 años			
<input type="checkbox"/> Community Health Center (CHC) <input type="checkbox"/> Centro de atención urgente <input type="checkbox"/> Dentista		<input type="checkbox"/> Médico comunitario privado <input type="checkbox"/> Servicios de manejo del dolor <input type="checkbox"/> Clínicas de Metadona	
		<input type="checkbox"/> Sala de emergencia del hospital <input type="checkbox"/> Medicina Especial (i.e., Neurología, Cardiología, Endocrinología)	
Información General de Salud			
1. Fecha de la última vez que vio a un médico/ enfermera practicante/ asistente médico:		2. ¿Cuál fue el propósito de la visita?	3. Fecha de su último examen físico?
4.		¿Cuántas veces has visitado un servicio de urgencias en los últimos 30 días?	
5.		¿Cuántas veces en los últimos 30 días, te has quedado en un hospital por problemas de salud física?	
6.		¿Cuántos días en los últimos 30 días, has experimentado problemas de salud física?	
7. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez has tenido cirugía? En caso que sí, indique las cirugía:			
8. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alguna historia de cualquier otra enfermedad que pueda requerir atención médica frecuente? En caso que si, porfavor denos detalles:			
Alergias			
9. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene alergias? En caso que si, anote abajo sus alergias y su reacción (es decir, erupción de piel, anafilaxia, etc.)			
Alergias a medicamentos:			
Alergia a comida-			
Otras alergias (animales, productos químicos , etc.):			
Medicamentos			
10. Por favor de provenir lista de medicamentos con receta y medicamentos de venta libre (vitaminas, suplementos alimentarios, Tylenol, Tums, ect.) que usted toma con regularidad (Si necesita más espacio, agregue otra hoja)			
Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia	Nombre del Médico
11. ¿Cuál farmacia utiliza?			
12. ¿Está experimentando cualquiera de los siguientes síntomas?			
Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coloración amarillenta de la piel (ictericia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas nasales (sinusitis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado-moretones con facilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor o rigidez en las articulaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho (angina) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acidez estomacal o dolores abdominales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos; persistente o con sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dientes o problemas las encías <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náuseas y Vómito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción frecuente o con sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vision- borrosa o visión doble <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre		Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganancia o pérdida de peso recientemente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral -Si es asi, de detalles: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza-Si es asi, de detalles: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia/radiación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma, enfisema o bronquitis cónica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o problema cardíaco: en caso que si, de detalles: _____	
NOMBRE DEL CLIENTE:		NÚMERO DE CLIENTE:	

13. Sólo Para Mujeres				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ¿Embarazada? Fecha para dar a luz _____		<input type="checkbox"/> ¿A experimentado abuso doméstico?		
<input type="checkbox"/> ¿Lactancia?		<input type="checkbox"/> ¿Tiene dolor durante la relación sexual?		
<input type="checkbox"/> ¿Ha tenido perdida involuntaria o abortos? Si es así, de detalles _____		<input type="checkbox"/> ¿Mamografía abnormal o tumor? fecha : _____		
<input type="checkbox"/> ¿Tiene periodos difíciles? Si es así, de detalles: _____		<input type="checkbox"/> ¿Papanicolau abnormal ? Si es así de detalles y fecha: _____		
Fecha del último periodo : _____		Fecha del último examen ginecológico: _____		
Enfermedades Transmisibles				
14. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido prueba de tuberculosis? (Tuberculosis)				
15. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si → ¿A tenido una prueba positiva de tuberculosis? → Fecha de la última prueba de TB o rayos x del pecho: _____				
16. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido una diagnosis de Hepatitis C ? Fecha de la última prueba: _____				
17. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido una diagnosis por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique: _____				
18. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha tendio una diagnosis de una enfermedad de transmisión sexual? (ETS)?				¿Fecha de la última prueba de ETS?
19. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿A recibido tratamiento?				
20. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha hecho la prueba del VIH?				Fecha de la última prueba del VIH:
21. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Recibió el resultado de la prueba? →				
Salud Mental				
22. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez fue diagnosticado con un trastorno mental? ¿Cuál fue su diagnosis?				
23. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Fué tratado? En caso que si, de detalles: _____				
24. <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?				
25. <input type="checkbox"/> ¿En los últimos 30 días, se ha quedado 24 horas o más en un hospital psiquiátrico de salud mental?				
26. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En los últimos 30 días, ¿ha tomado medicamentos de prescripción para el uso de salud mental? Incluya medicamentos para la ansiedad:				
27. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Intentos previos de suicidio?		28. Fecha de más reciente intento: _____		29. ¿Cuántos intentos en su vida?
Alcohol y Otras Drogas				
30. ¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?				
	Diario	Seguido	Aveces	Fecha de ultimo uso
Alcohol →				
Drogas →				
31. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez se ha inyectado drogas?				
32. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha compartido agujas con otros?				
33. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿A intercambiando algodón?				
34. <input type="checkbox"/> ¿ Cuántos días en los últimos 30 días se ha inyectado drogas?		¿Última vez que se inyectó?		
35. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha utilizado jeringas o aujas que fueron proveidas por el condado de San Luis Obispo?				
36. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usted siente que se le esta bajando el efecto de una sustancia? Si es así, cual sustancia?				
37. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene convulsiones, delirio tembloroso? Si es así de detalles: _____				
38. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? Si es así de detalles: _____				
39. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha perdido el sentido? En caso, ¿cuántas veces y con qué frecuencia ?				
40. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Usted actualmente fuma o injiere marihuana ? →				Fecha de la última vez que injirió marihuana:
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene una tarjeta de marihuana médica?				
41. Si No ¿Alguna vez ha tenido una sobredosis de alcohol u otras drogas?				Si es así, de detalles: _____
A lo mejor de mi conocimiento la información anterior es exacta y verdadera y voy a informar a mi proveedor de cambios en mi salud o medicamentos:				
Firma del cliente:			Fecha:	
Firma del personal:			Fecha:	
NOMBRE DEL CLIENTE:			NÚMERO DE CLIENTE:	



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Autorización Para la Revelación de Información Médica y Otra Información Personal

Firmando este formulario de abajo, permitirá que ciertas organizaciones e individuos usen y compartan su información médica y otra información personal para fines relacionados con su tratamiento y atención. Podrán compartir su información a través de un sistema registros médicos electrónicos mantenido por el Autoridad de Servicios de Salud Mental de California llamado SmartCare.

1. ¿Quién compartirá mi información si firmo?

Firmando, su información puede ser compartida por y con cualquiera de los siguientes que le prestan servicios a usted (sus proveedores) y que están conectados a SmartCare:

- Proveedores de atención médica, como médicos, hospitales y farmacias.
- Proveedores de salud mental y proveedores especializados en trastornos por consumo de sustancias.
- Proveedores escolares, como enfermeros, trabajadores sociales y consejeros.
- Agencias de atención médica de los condados de California.
- Proveedores de vivienda, es decir, organizaciones sin fines de lucro que ayudan a las personas a encontrar una casa.
- Cualquier cárcel o prisión que le preste servicios mientras esté encarcelado.
- Cualquier agencia de bienestar de menores que participe activamente en su caso o el de su hijo.

Sus proveedores también incluyen cualquier aseguradora médica que le dé cobertura (consulte la lista adjunta), incluyendo cualquiera de sus planes de salud mental.

2. ¿Podrán usar y compartir mi información mis proveedores por algún motivo?

No, sus proveedores solo pueden usar y compartir su información con fines limitados. Sus proveedores pueden usar y compartir su información para darle atención médica o conductual, para coordinar su atención, para determinar cuánto se debe pagar por los servicios que se le prestan o para mejorar la calidad de la atención.

3. ¿Qué tipo de información sobre mí se puede compartir si firmo?

Sus proveedores pueden compartir los siguientes tipos de información sobre usted:



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

- Información médica, como información sobre enfermedades, lesiones, tratamientos médicos, alergias, medicamentos, radiografías, análisis de sangre y su estado de VIH.
- Información de salud conductual, como cualquier condición de salud mental o trastornos por consumo de alcohol o drogas que pueda tener, que podría incluir información sobre su historia de consumo de sustancias y medicamentos, diagnósticos y resultados de pruebas de drogas.
- Información de servicios escolares, como un Programa de Educación Individualizado y cualquier registro de servicios médicos o de salud del comportamiento que presten en las escuelas.
- Información del servicio de vivienda que se lleva en un Sistema de Información para la Administración de Personas Sin Hogar, que describe los servicios prestados a algunas personas sin casa.
- Información sobre encarcelamiento, incluyendo, si está encarcelado, cuándo está programado que lo liberen.
- Registros de bienestar de menores, incluyendo cualquier plan de manutención o reunificación familiar.

4. ¿Puedo obtener una lista de los proveedores que vieron mi información?

Sí, puede obtener una lista de los proveedores que han recibido algunos tipos de su información comunicándose con Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al (805) 781- 4724.

5. ¿Pueden los proveedores que reciben mi información compartirla con otros?

Sí, pero solo si lo permiten las leyes Estatales y Federales. En algunos casos, es posible que su información ya no esté sujeta a las leyes Federales de privacidad una vez que se comparta.

6. ¿Cuándo vence mi consentimiento?

Sus proveedores podrán acceder a su información por 10 años después de la fecha en la que firme, a menos que revoque su consentimiento antes.

7. ¿Puedo cambiar de opinión y revocar mi consentimiento más adelante?

Sí, tiene derecho a revocar este formulario en cualquier momento. Si quiere revocarlo, debe comunicarse con Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al (805) 781-4724. Si lo revoca, sus proveedores aún pueden conservar cualquier información que hayan recibido sobre usted antes de la fecha de revocación.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

8. Si soy padre/madre o tutor, ¿puedo firmar en nombre de mi hijo?

Sí, puede hacerlo incluyendo su nombre como representante legal de su hijo y firmando la última línea. Su hijo también debe firmar la primera línea si tiene más de 12 años. Si firma en nombre de un niño, el formulario caducará cuando su hijo cumpla 18 años.

9. ¿Tengo que firmar esto?

No, firmar este formulario es voluntario y negarse a firmarlo no tendrá efecto en su capacidad para obtener atención médica, seguro médico o cualquier beneficio del gobierno. Si no firma, algunos de sus proveedores aún pueden tener derecho a obtener parte de su información según la ley.

10. ¿Puedo tener una copia de este formulario?

Sí, tiene derecho a tener una copia de este formulario.

Firmando abajo, doy mi consentimiento para la revelación de mi información como se describe en este formulario. Además, incluyendo mi teléfono abajo, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas para comunicarse conmigo sobre mi consentimiento y cómo se puede compartir mi información (se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos).

Información del Paciente

Primer Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Email _____

Contacto _____ Relación _____

Teléfono del Paciente _____

DNC

DNLM

Teléfono alt. del Paciente _____

DNC

DNLM

Dirección del Paciente _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Doy mi consentimiento para compartir información en todos los servicios en la red de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo.

Sí

No

Fecha de Inicio _____ Fecha de Finalización _____

Restricciones Identificadas Por el Paciente

Miembros del Personal Restringidos

Información sobre cualquier otra restricción para compartir mis datos. Esto provocará que el director de Privacidad de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo haga una revisión. Esto no garantiza la restricción de estos datos como se especifica en el texto.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Relación Con el Paciente _____

Firma del Personal _____ Fecha _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Fecha de inicio _____

Fecha de Finalización _____

Objetivo

Me gustaría recibir servicios para mí o para mi hijo de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo o de sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre los servicios que me pueden prestar a mí o a mi hijo. Entiendo que tengo derecho a hablar con un proveedor sobre la información que se incluye en este documento y hacer preguntas para comprender esta información.

Mis Derechos

Reconozco que me informaron sobre mis derechos o los de mi hijo, como paciente y que me ofrecieron el documento de derechos del consumidor, que contiene mis derechos o los de mi hijo como paciente.

Prácticas de Privacidad

Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo, que contiene información sobre cómo se puede usar y revelar mi información médica privada o la de mi hijo, según lo establecido por la ley. Entiendo que, en ciertas circunstancias, la información que comparto debe ser revelada. Por ejemplo, los proveedores de Servicios de Salud y Bienestar tienen la obligación de reportar si existe una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, adultos mayores o adultos dependientes; si existe una amenaza para mi seguridad física o la de mi hijo; o si existe una amenaza para la seguridad de los demás. Entiendo que, si mi hijo está recibiendo servicios, en ciertos casos es posible que el proveedor de esos servicios no pueda compartir información conmigo sobre esos servicios, a menos que mi hijo se lo permita.

Servicios

Entiendo que los servicios que se pueden prestar se centran en problemas de salud mental y consumo de sustancias. Estoy consciente de que la información y los registros míos o de mi hijo pueden compartirse entre programas y proveedores de salud mental y de consumo de sustancias con el objetivo de dar tratamiento, en la medida permitida por la ley.

Riesgos y Beneficios de Los Servicios

Entiendo que los Servicios de Salud y Bienestar pueden tener riesgos y beneficios. Estoy consciente de que los Servicios de Salud y Bienestar pueden implicar hablar sobre aspectos



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente _____ **ID del Paciente** _____

difíciles de mi vida o la de mi hijo y hacer cambios en los medicamentos psiquiátricos que mi hijo o yo tomamos o en el tratamiento por consumo de sustancias.

Mi hijo o yo podemos tener sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. Mi hijo o yo también podemos tener un aumento de los síntomas mientras que mi hijo o yo trabajamos en los problemas o a medida que cambian o agregan medicamentos míos o de mi hijo durante el curso del tratamiento.

También estoy consciente de que se ha comprobado que los Servicios de Salud y Bienestar tienen beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia o el tratamiento por consumo de sustancias pueden llevar a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Los medicamentos psiquiátricos pueden aliviar los síntomas de los problemas de salud mental.

Entiendo que no hay certezas sobre lo que mi hijo o yo enfrentaremos cuando recibamos servicios, y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los Servicios de Salud y Bienestar exigen una inversión de tiempo y esfuerzo de todos los participantes, y también de apertura a cómo podrían verse el cambio y el éxito.

Los Servicios Son Voluntarios

Entiendo que la participación en los Servicios de Salud y Bienestar es voluntaria, excepto en ciertas situaciones en las que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo está legalmente obligado a prestar servicios, incluso si es involuntario, como en las detenciones psiquiátricas 5150 o en las tutelas.

Entiendo que incluso si la Corte me ordena participar en Servicios de Salud y Bienestar, aún puedo elegir no participar en esos servicios. Estoy consciente de las consecuencias que pueden surgir debido a mi decisión de no participar en los servicios ordenados por la Corte que son mi responsabilidad. Entiendo que puedo hablar con un Abogado, Oficial de Probación o Trabajador de los Servicios de Bienestar de Menores para tomar la mejor decisión posible con respecto a la participación en servicios que ordene la Corte.

Elegibilidad para Los Servicios

La elegibilidad para los Servicios de Salud y Bienestar se determina mediante una combinación de leyes, reglamentos y políticas locales. Entiendo que, si una evaluación determina que mi hijo o yo ya no somos elegibles para los Servicios de Salud y Bienestar, se hablará conmigo sobre los motivos y también se me dará un Aviso de Determinación de los Beneficios Adversos (NOABD) que explica estos motivos, e información sobre el proceso de apelación. Luego me darán



Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente _____ **ID del Paciente** _____

remisiones a otros proveedores de servicios, según corresponda, que puedan cubrir mis necesidades o las de mi hijo.

Proveedores de Servicios

Entiendo que los proveedores provienen de diferentes antecedentes educativos y profesionales y tienen una variedad de niveles de experiencia y acreditación, y que los proveedores solo prestan servicios permitidos por la ley para su educación, experiencia, profesión y acreditación específicas.

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo puede emplear a algunos profesionales no autorizados que están en el proceso de completar sus requisitos para la acreditación clínica, pero que están autorizados por ley para prestar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental autorizado. Entiendo que mi hijo o yo podemos recibir servicios de algunas de estas personas, las que se identificarán claramente, y el proveedor/Clínico que las supervisa. Entiendo que puedo llamar al Clínico autorizado que supervisa si tengo alguna pregunta sobre este arreglo.

Disponibilidad De Proveedores y Crisis/Emergencias

Entiendo que los proveedores generalmente están disponibles durante el horario comercial habitual del Condado, que es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto durante los días festivos del Condado. Entiendo que algunos programas tienen diferentes horarios de disponibilidad. Para asuntos no urgentes fuera del horario de atención, entiendo que mi hijo o yo podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor (si tienen uno disponible) o con el servicio telefónico fuera del horario de atención de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo. Para situaciones urgentes o de crisis, mi hijo o yo podemos comunicarnos con: La Línea de Crisis de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo al: 1-800-838-1381.

Para emergencias, entiendo que mi familia o yo debemos llamar al 911.

Cambio de Clínico/Proveedor

Entiendo que puedo pedir un cambio de proveedor de salud mental en cualquier momento completando un formulario de cambio de proveedor, que está disponible en todas las clínicas. Entiendo que pedir un cambio de proveedor no garantiza un cambio, y que puede haber problemas administrativos o de tratamiento importantes que no hagan posible el cambio.

Entiendo que un Supervisor o Administrador me dirá los motivos por los que el cambio no es posible.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Cargos y Facturación de Medi-Cal, Medicare o El Seguro

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo me pedirá que dé mi información económica anualmente y que esta información se usará para calcular los cargos por servicios que sería responsable de pagar. Para los servicios de tratamiento por consumo de sustancias para beneficiarios de Drug Medi-Cal, se aceptará el financiamiento de Drug Medi-Cal como pago total.

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo le facturará a cualquier seguro privado antes de facturarle a Medicare o Medi-Cal. Entiendo que puedo consultar con mi seguro privado, trabajador social de Medicare o trabajador de elegibilidad de Medi-Cal si tengo alguna pregunta sobre mi cobertura, deducibles y copagos o los de mi hijo.

Otros Documentos Para Pacientes de Medi-Cal

Entiendo que el Manual de la Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal o el Manual del Beneficiario del Condado para Servicios por el Trastorno por Consumo de Sustancias contiene información sobre los beneficios de Salud y Bienestar para los beneficiarios de Medi-Cal.

Quejas y Quejas Formales

Entiendo que puedo presentar una queja o una queja formal si no estoy satisfecho con los servicios que recibamos mi hijo o yo de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados. Entiendo que mi hijo o yo no estaremos sujetos a ninguna multa por presentar una queja, queja formal o una apelación. Me ofrecieron una copia del documento de resolución de problemas, que explica cómo puedo presentar una queja, una queja formal o una apelación.

Quejas a La Junta de Acreditación

Entiendo que la Junta de Ciencias del Comportamiento de California recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados en el ámbito de ejercicio de los Consejeros Clínicos Profesionales, Terapeutas Matrimoniales y Familiares, Psicólogos Educativos Autorizados y Trabajadores Sociales Clínicos. Entiendo que puedo comunicarme con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente _____ **ID del Paciente** _____

Consentimiento Informado

Firmando, reconozco que entiendo la información incluida en este documento y acepto recibir, o que mi hijo reciba, Servicios de Salud y Bienestar de acuerdo con los términos descritos arriba.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Relación con el Paciente _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento para comunicación por mensaje de texto

Nombre del cliente: _____ N.º de ID del cliente: _____

Por la presente acepto recibir comunicaciones a través de mensajes de texto (SMS) según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo que:

- Si mi número de teléfono cambia, debo informar al Condado de San Luis Obispo lo antes posible. Entiendo que si no informo al Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando mensajes de texto a mi número anterior de acuerdo con este consentimiento, lo que puede resultar en una violación de la confidencialidad.
- Cuando uso mi propio dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de la información de mi salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- Enviar mensajes de texto no es apropiado en caso de situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden asegurarse de leer o responder un mensaje en particular en un período de tiempo específico.
- Los proveedores usarán medios razonables para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información de texto enviada y recibida. Los proveedores y el Condado de San Luis Obispo no son responsables de ninguna violación de confidencialidad causada por el cliente o cualquier tercero.
- Es posible que mi proveedor de telefonía celular me cobre tarifas por el envío y la recepción de mensajes de texto.
- Tengo derecho a optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquier mensaje que reciba del Condado de San Luis Obispo o de mi proveedor.
- Dependiendo del servicio que use para enviar mensajes de texto, es posible que los mensajes enviados no estén cifrados y, por lo tanto, podrían ser interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar mensajes de texto.
- No tengo ninguna obligación de comunicarme con el Condado de San Luis Obispo o mis proveedores a través de mensajes de texto, y si tengo alguna inquietud sobre la comunicación a través de mensajes de texto, no debo hacerlo.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Relación con el cliente: _____

Firma del personal: _____

Fecha: _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento Para la Comunicación Por Correo Electrónico

Nombre del Paciente _____ N.º de ID del Paciente _____

Por este medio, acepto recibir correos electrónicos del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados de salud mental y proveedores especializados en trastornos por consumo de sustancias para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento, la coordinación de mi atención o el reembolso por mi atención, de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento. Reconozco y entiendo que:

- Si mi dirección de correo electrónico cambia, debo avisar al Condado de San Luis Obispo tan pronto como sea posible. Entiendo que, si no aviso al Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando correos electrónicos a mi dirección anterior según este consentimiento, lo que puede tener como consecuencia una vulneración de la confidencialidad.
- Cuando uso mi dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información médica que pueda estar almacenada en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- El correo electrónico no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden asegurarse de leer o responder un mensaje en particular en un período de tiempo específico.
- El correo electrónico no es inherentemente seguro y puede ser interceptado por un tercero. Los proveedores usarán medios razonables para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información que se envía y recibe por medio de correo electrónico. Los proveedores y el Condado de San Luis Obispo no son responsables de ninguna vulneración de la confidencialidad causada por el paciente o un tercero.
- Los mensajes de correo electrónico que envíen se tratarán como información confidencial y pueden incluirse en mi expediente médico.
- Dependiendo del servicio que use para los correos electrónicos, es posible que los mensajes enviados no estén encriptados y, por lo tanto, podrían ser potencialmente interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar correos electrónicos.
- No tengo la obligación de comunicarme con el Condado de San Luis Obispo o mis proveedores por correo electrónico, y si tengo alguna preocupación sobre comunicarme por correo electrónico, no debo hacerlo.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento Para la Comunicación Por Correo Electrónico

Nombre del Paciente _____ N.º de ID del Paciente _____

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____

Relación _____

Firma del Personal _____ Fecha _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Consentimiento Para Telesalud

Nombre del Paciente _____ N.º de ID del Paciente _____

confidencialidad por personas no autorizadas o capacidad limitada para responder a emergencias.

- Si uso mi dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información médica que pueda almacenarse en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- Toda la información revelada en las sesiones y los registros por escrito relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden revelarse a nadie sin una autorización por escrito, excepto cuando la ley permita o exija la revelación. Se puede permitir la grabación de audio/video con un consentimiento por escrito por separado. Dichas grabaciones son solo para fines de capacitación del personal, no forman parte del expediente médico y se destruyen después del uso previsto.
- Aunque es posible que mi proveedor deba comunicarse con mi contacto de emergencia o las autoridades correspondientes en una emergencia, entiendo que mi proveedor no me podrá dar asistencia de emergencia en persona si tengo una crisis durante una sesión de Telesalud.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Relación Con el Paciente _____

Firma del Personal _____ Fecha _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento Para Telesalud

Nombre del Paciente _____ N.º de ID del Paciente _____

Consentimiento Para Telesalud

Fecha de Inicio _____ Fecha de Finalización _____

Por este medio, acepto recibir servicios usando Telesalud y acepto que este es un modo aceptable de prestarme servicios relacionados con la atención médica según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto las siguientes declaraciones con respecto a la Telesalud:

- Los servicios de Telesalud incluyen el uso de soluciones de videoconferencia para prestar servicios a un paciente por medio de telecomunicación electrónica interactiva de audio y video desde un lugar distante. Los servicios de Telesalud se consideran cara a cara porque el paciente está visualmente presente. Entiendo que mi proveedor no estará físicamente en mi presencia.
- Me prestarán servicios de Telesalud con fines de evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento.
- El proveedor tratante que hace el examen o tratamiento mantendrá un registro de la consulta en mi expediente electrónico de atención médica.
- Toda la información de la que se hable por medio de Telesalud se mantiene con los mismos estándares de privacidad que la de una cita en persona.
- En caso de que por cualquier motivo no me sienta cómodo usando Telesalud para tener mis sesiones de tratamiento, tengo derecho a retirar el consentimiento para los servicios de Telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios futuros del programa a los que de otro modo tendría derecho.
- Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la Telesalud, incluyendo, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, vulneración o violación de la



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información entre varias partes

Nombre del paciente _____ Identificación del paciente _____

fecha de nacimiento _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

General

Firmando este formulario abajo, permito que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo revele mi información médica protegida a una o más personas para los fines que se especifican en este formulario. Si acepto, entiendo que esto podría incluir información sobre cualquier tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias que haya recibido.

Revelar a/Obtener de

Nombre u otra identificación específica de las personas autorizadas para recibir/hacer el uso o revelación solicitados.

Organización/proveedor Contacto Revelar a Obtener de

Escriba sus iniciales para indicar a quién podemos revelar u obtener información de:	
Servicios sociales del condado de SLO	Sierra Mental Wellness Group
Sheriff del condado de SLO (oficial)	Family Care Network
Abogado del condado de SLO	Seneca Center
Tribunal Superior del condado de SLO	Child Development Center
Laboratorios de análisis	Wilshire Foundation Community Services
Escuela	Bryan's House
Servicios directos de CAPSLO/ Educación para padres	Wellpath
Farmacia:	Centros residenciales para adultos mayores
Libertad condicional	Tri-Counties Regional Center
Libertad vigilada	Transitions Mental Health Association
Defensores especiales designados por el tribunal (CASA)	Médico/clínica (nombre):
Abogados:	Otro:
5-Cities Homeless Coalition	Otro:
Padre/madre de crianza temporal	Otro:
Oficial de apoyo a los veteranos	Otro:
Salud conductual de Crestwood	Otro:
Residencias de recuperación	Otro:
Servicios de salud mental de San Luis Obispo	Otro:



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información entre varias partes

Nombre del paciente _____ Identificación del paciente _____

fecha de nacimiento _____

Tipo de contacto Organización/proveedor Contacto personal

Objetivo de la revelación

Procesar reclamos de seguros/de terceros (Solo remisiones por abuso de sustancias)

Coordinación de la atención

HIE (Intercambio de información médica)

Otro _____

Vencimiento

Si no hay nada marcado - un (1) año a partir de la fecha de la firma

Revelación por 1 vez 6 meses Fin del tratamiento de la agencia

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Información que se va a usar o revelar

La información que se puede revelar según esta autorización incluye lo siguiente, si está disponible

Tipo: MH SUD

Todo el expediente Reconocimiento del tratamiento

Información de facturación o del seguro Información de ingreso/admisión

Informes de evaluaciones psicológicas Medicamentos recetados

Resumen/plan del alta Revisión/resumen del progreso Evaluaciones de detección

Documentos de elegibilidad de la AAPS Registros/informes/IEP de la escuela

Historia médica, resultados de análisis de laboratorio, registros de vacunas

Planes de tratamiento Notas de progreso Documentos legales Otro _____

Fecha de inicio de los registros _____ Fecha de finalización de los registros _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información entre varias partes

Nombre del paciente _____ Identificación del paciente _____
fecha de nacimiento _____

Restricciones

Términos

- Los destinatarios de mi información confidencial podrían compartirla con otras personas si las leyes federales y estatales lo permiten. Entiendo que, en algunos casos, es posible que mi información ya no esté sujeta a las leyes de privacidad una vez que se haya compartido.
- Tengo derecho a revocar este formulario en cualquier momento comunicándome con la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Entiendo que si lo revoco, los destinatarios de mi información podrían conservar la información que recibieron sobre mí antes de la fecha de mi revocación.
- Firmar este formulario es voluntario y negarme a firmarlo no afectará a mi capacidad para obtener atención médica, seguro médico ni algún beneficio del gobierno.
- Incluso si no lo firmo, los destinatarios podrían tener derecho a obtener mi información confidencial según la ley aplicable.

Firma en nombre de un menor:

Entiendo que si firmo este formulario en nombre de un menor, debo incluir mi nombre como "representante legal" de mi hijo y que debo firmar este formulario en la última línea. Si mi hijo tiene más de 12 años, también debe firmar en la primera línea.

Marcando estas casillas, acepto que leí, entiendo y acepto estos términos.

AVISO AL PACIENTE: firmar este formulario es voluntario y no es obligatorio para recibir servicios de los Servicios de Salud y Bienestar del Condado. Entiendo.

ACCESO A MI EXPEDIENTE: entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente. Mi terapeuta revisará y aprobará esta solicitud. Entiendo que también puedo revisar mi expediente con mi terapeuta programando una cita. Completar esta solicitud puede llevar 30 días, y se aplicarán cargos.

Información de contacto de la agencia

Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al **805-781-4724**

Programa _____ A la atención de _____

Dirección _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información entre varias partes

Nombre del paciente _____ Identificación del paciente _____
fecha de nacimiento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Copia entregada al paciente Sí Rechazó la copia Personal de la agencia _____

Identificación verificada por licencia de conducir otra identificación con foto
 conocido de la agencia

Más información -

El expediente revelado puede contener información sobre abuso de alcohol y drogas o información sobre el síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el complejo relacionado con el sida (ARC).

Abuso de alcohol/drogas:

Autorizo la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas

Autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Relación _____

Firma del personal _____

Fecha _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Revelación de Información

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____
Fecha de nacimiento _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

General

Los Servicios de Salud y Bienestar del Condado cumplen todas las leyes federales y estatales de confidencialidad, incluyendo HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y la Parte 2 de 42 C.F.R. Firmando esta autorización, reconozco, acepto y estoy de acuerdo. Esta información le ha sido revelada a partir de registros en los que la ley federal protege la confidencialidad. Las Reglamentaciones Federales (42 CFE Parte 2) prohíben que el destinatario haga más revelaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona con la que se relaciona o salvo que las reglamentaciones de SUD permitan lo contrario. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. La información revelada bajo la Parte 2 de 42 C.F.R. no se puede usar para investigar penalmente o enjuiciar a ningún paciente con SUD, excepto según lo dispuesto en la Sección 42 de CFR.

Revelar a/Obtener de

Nombre u otra identificación específica de las personas autorizadas para recibir/hacer el uso o revelación solicitada.

[X] Organización/Proveedor [] Contacto [X] Revelar a [X] Obtener de

Revelar a/Obtener de Medi-Cal _____

Tipo de contacto [X] Organización/Proveedor [] Contacto personal

Objetivo de la Revelación

[X] Procesar reclamos de seguros/de terceros (Solo referimientos por abuso de sustancias)

[] Coordinación de la atención

[] HIE (Intercambio de información médica)

[] Otro _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Revelación de información

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____
Fecha de nacimiento _____

Vencimiento

Si no hay nada marcado: un (1) año a partir de la fecha de la firma

Revelación por 1 vez 6 meses Fin del tratamiento de la agencia

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Información que se va a usar o revelar

La información que se puede revelar según esta autorización incluye lo siguiente, si está disponible

Tipo de ROI: General MH SUD

- Todos los registros Reconocimiento del tratamiento Facturación O información del seguro
- Información de admisión/ingreso Informes de evaluaciones psicológicas
- Medicamentos recetados Resumen/plan de alta Revisión de progreso/Resumen de evaluaciones de control
- Documentos de elegibilidad de AAPS Registros escolares/Informes/IEP
- Historia médica, resultados de laboratorio, registros de inmunización
- Planes de tratamiento Notas de evolución Documentos legales Otros _____

Fecha de inicio de los registros _____ Fecha de finalización de los registros _____

Restricciones



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Revelación de información

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____
Fecha de nacimiento _____

Términos

- Según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, solo se puede revelar la información especificada.
- Los Servicios de Salud y Bienestar del Condado no pueden asegurarse de que el destinatario mantendrá la confidencialidad de la información de salud mental o de SUD autorizada y revelada. Si la persona u organización que obtiene esta información no es un proveedor de atención médica, un plan médico, ni está cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, incluyendo la Parte 2 de 42 C.F.R. y podría volver a revelarse.
- Esta autorización se respetará, a menos que se revoque por escrito. La revocación puede hacerse en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya hecho algo.
- Las personas u organizaciones no pueden volver a revelar información sobre el tratamiento por abuso de sustancias.
- Esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma, o 90 días a partir de la fecha de baja de la agencia, a menos que se seleccione uno de los siguientes. 30 días, 60 días, 90 días.
- Esta autorización es voluntaria. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con este documento.
- Los Servicios de Salud y Bienestar del Condado pueden darme una lista de entidades a las que se ha revelado mi información.

Marcando estas casillas, acepto que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.

- AVISO AL PACIENTE: Firmar este formulario es voluntario y no es obligatorio para recibir servicios de los Servicios de Salud y Bienestar del Condado. Entiendo.
- ACCESO A MI EXPEDIENTE: Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente. Esta solicitud será revisada y aprobada por mi terapeuta. Entiendo que también puedo revisar mi expediente con mi terapeuta haciendo una cita. Esta solicitud puede tardar 30 días en completarse y se aplicarán cargos.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Revelación de información

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____
Fecha de nacimiento _____

Información de contacto de la agencia

Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al 805-781-4724

Programas en los que participó (escriba el programa) _____

Tenga en cuenta:

Los registros revelados pueden contener información sobre abuso de alcohol y drogas o información sobre el Síndrome de inmunodeficiencia humana (Sida) y el Complejo relacionado con el sida (ARC).

Abuso de Alcohol/drogas:

Autorizo la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

VIH/Sida/Enfermedades de transmisión sexual/Enfermedades contagiosas

Autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/Sida/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con el VIH/Sida/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

Copia entregada al paciente Sí Rechazó la copia Personal de la agencia _____

Identificación verificada por licencia de conducir otra identificación con foto
 conocido de la agencia

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Relación _____

Firma del personal _____

Fecha _____



AGENCIA DE SALUD DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR

EXPLICACIÓN Y ACUERDO DE COSTOS CON EL PACIENTE

Su proveedor le explicará el costo de los servicios. En algunos casos, debe pagar un cargo razonable por los servicios que recibe. Comuníquese con su proveedor o con la oficina de Facturación al (805) 781-4702 de inmediato si:

- Usted no puede pagar sus cargos
- Sus ingresos/la cantidad de personas dependientes de sus ingresos cambian
- Obtiene (o pierde) un seguro privado
- **Obtiene (o pierde) Medi-Cal**

Medi-Cal completo (puede incluir Medi-Medi)

Aceptamos Medi-Cal completo (Full Scope Medi-Cal) como pago total si **sigue siendo elegible**. Si pierde su Medi-Cal, debe pagar por los servicios. Avise a su proveedor lo antes posible para que podamos ayudarle a recuperar su Medi-Cal o establecer los cargos.

Otras fuentes de financiamiento (8500)

Referimientos del Condado: AB109, Probación, Corte Superior, Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS), Servicios de Bienestar de Menores, Corte de Tratamiento Familiar, Servicios de Tratamiento para Jóvenes, referimientos escolares y referimientos del Programa de Conducción Bajo la Influencia (DUI). Los Servicios de Prevención y Tratamiento de Alcohol y Drogas reciben dinero de subvenciones o son contratados por otras agencias para prestar servicios sin costo alguno para usted mientras esté inscrito en programas específicos. Si también tiene Medi-Cal en San Luis Obispo, se facturará primero a Medi-Cal.

Medi-Cal Costo Compartido (SOC) (puede incluir Medi-Medi)

Algunos tipos de Medi-Cal tienen un costo compartido mensual que debe pagar antes de que Medi-Cal cubra el costo del tratamiento. Los servicios que recibe de cada proveedor se aplican a su costo compartido. Llame a la oficina de Facturación al 781-4702 para obtener información sobre cómo le ayudamos con su costo compartido o hable con su técnico de elegibilidad en el Departamento de Servicios Sociales para ver si califica para Medi-Cal Completo, que no tiene costo compartido.

Su costo compartido mensual es: \$_____

Nombre del Paciente: _____ Número de Paciente: _____

Acuerdo de costos de BH 7-1-23

El período anual comienza _____ termina: _____

Mi firma de abajo confirma mi comprensión del costo de los servicios.

Firma del paciente o persona responsable: _____ Fecha: _____

Firma del testigo del personal: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de Paciente: _____

Acuerdo de costos de BH 7-1-23