



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué tipo de servicios busca hoy? (Marque con un círculo lo que corresponda)

- A. Salud mental
- B. Alcohol y drogas
- C. Conducir bajo los efectos de sustancias
- D. Control de la ira
- E. Violencia doméstica

2. ¿Está obligado a prestar servicios? **SÍ** o **NO**

Si es así, ¿quién le exige que preste los servicios? \_\_\_\_\_

3. Si le están remitiendo para recibir servicios, ¿quién le refirió? \_\_\_\_\_

4. ¿Dónde se encuentra su proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿Quién es su proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

5. ¿Está tomando algún medicamento? Si es así, indique qué medicamentos está tomando,

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\*\*\* ¿Qué farmacia utiliza? \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene seguro? **SÍ** o **NO** Si es así, ¿cuál es su seguro? \_\_\_\_\_

***Si no, por favor infórmeselo a la recepcionista para que pueda hablar con alguien para ver si califica para nuestra escala móvil.***

# Inscripción



Fecha: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Nombre legal: (Nombre, Apellidos) \_\_\_\_\_ Apellido de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género asignado M: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Identidad de género (marque con un círculo): Femenino, Masculino, No binario, Transgénero, Dos espíritus, Interrogante, No indicado, Desconocido, No sabe, No entiende la pregunta, Declinar

Tutor legal: \_\_\_\_\_

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

Física: (si es diferente de la dirección anterior) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de mensajes: \_\_\_\_\_

¿Desea recibir recordatorios de sus citas por mensaje de texto o correo electrónico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor elija: Texto \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Texto y correo electrónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ \*Los recordatorios se envían automáticamente 24 horas antes de la cita

\*\*\*Reconozco que los recordatorios por correo electrónico pueden no ser seguros \_\_\_\_\_ (ponga sus iniciales aquí)

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: Nunca se ha casado \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

## Situación de vivienda:

\_\_\_\_ Residencia privada (en casa)

\_\_\_\_ Sin hogar

\_\_\_\_ Residencia privada (con pariente, no pariente u otro)

\_\_\_\_ Hogar de acogida

\_\_\_\_ Centro residencial

\_\_\_\_ Cárcel

\_\_\_\_ Centro de atención residencial para cuidado subagudo

\_\_\_\_ Prisión

\_\_\_\_ Vivienda libre de alcohol y drogas

\_\_\_\_ Desconocido

¿Es este un cambio de vivienda reciente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así, fecha del cambio: \_\_\_\_\_

¿Es usted? Discapacitado: \_\_\_\_\_ No está en la fuerza laboral: \_\_\_\_\_ Jubilado: \_\_\_\_\_ Ama de casa: \_\_\_\_\_ Estudiante: \_\_\_\_\_

Paciente de hospital: \_\_\_\_\_ Residente de otra institución: \_\_\_\_\_ Empleo protegido/no competitivo: \_\_\_\_\_

¿Está empleado actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así, ¿trabaja a tiempo parcial o completo?: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**Fuente de ingresos:** (marque con un círculo) Asistencia pública/Jubilación/Salario/Sueldo/ Seguro de Incapacidad del Seguro Social / Ninguno/Otro/Desconocido

**¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar?** \_\_\_\_\_ (esto incluye Ingreso de seguridad suplementario, Asistencia pública, etc.)

**Dependientes del hogar:** Número de adultos \_\_\_\_\_ Número de niños menores de 18 años \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su raza?**

\_\_\_ Nativo de Alaska

\_\_\_ Indio americano

\_\_\_ Negro o afroamericano

\_\_\_ Blanco

\_\_\_ Asiático

\_\_\_ Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico

\_\_\_ Otra raza

\_\_\_ Dos o más razas no especificadas

**¿Cuál es su origen étnico?**

\_\_\_ Puertorriqueño

\_\_\_ Mexicano

\_\_\_ Cubano

\_\_\_ Otro

\_\_\_ Hispano

\_\_\_ No de origen hispano

\_\_\_ Desconocido

**¿Tiene afiliación de tribu?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Marque con un círculo todas las opciones que correspondan) Tribu Burns Paiute, Tribus Confederadas de Coos, Lower Umpqua y Siuslaw, Tribus Confederadas de Grand Ronde, Tribus Confederadas de Siletz, Tribus Confederadas de Umatilla, Tribus Confederadas de Warm Springs, Tribu India Coquille, Banda Cow Creek de Indios Umpqua, Tribus Klamath u otras

**¿Es veterano?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es así, ¿en qué rama? \_\_\_\_\_

**¿Recibe servicios en el VA local?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Quién lo remitió a Symmetry Care Inc.?** \_\_\_\_\_

**Grado escolar más alto completado:** \_\_\_\_\_

**¿Consumo de tabaco?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro actualmente?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Condado responsable del seguro:** \_\_\_\_\_

Si es así, proporcione su tarjeta de seguro a la recepcionista

**¿Tiene seguro secundario?** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\*\*\* Hasta donde conozco, verifico que esta información es verdadera y precisa. \*\*\*

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

### **Derechos individuales de conformidad con OAR 309-019-0115**

(1) Además de todos los derechos constitucionales y legales aplicables, toda persona que reciba servicios tiene derecho a:

- (a) Elegir entre servicios y apoyos que sean coherentes con la evaluación y el plan de servicios, culturalmente competentes, proporcionados en el entorno más integrado de la comunidad y en condiciones que sean menos restrictivas para la libertad del individuo, que sean menos intrusivas para el individuo y que proporcionen el mayor grado de independencia;

Además:

- No se negarán los servicios comunitarios de discapacidad en salud y desarrollo mental a ninguna persona por motivos de raza, etnia, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, religión, credo, origen nacional, edad (excepto cuando la elegibilidad del programa esté restringida a niños, adultos o adultos mayores), estado familiar, estado civil, fuente de ingresos y discapacidad.
- Toda persona que sea elegible para recibir servicios de discapacidad en salud y desarrollo mental proporcionados por una agencia también será elegible para recibir otros servicios de discapacidad en salud y desarrollo mental proporcionados por cualquier otra agencia, a menos que la admisión al servicio esté sujeta a restricciones de edad o de diagnóstico o categoría de discapacidad basadas en criterios predeterminados.
- Ninguna persona, por motivos de discapacidad, será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o estará sujeta de otro modo a discriminación en cualquier programa o actividad.
- No se le negarán servicios ni se discriminará a ninguna persona por motivos de edad, diagnóstico o categoría de discapacidad, a menos que los criterios clínicos o del programa predeterminados para el servicio restrinjan el servicio a grupos de edad, diagnóstico o categorías de discapacidad específicos.
- Tiene derecho a que se le proporcione un entorno de tratamiento que le brinde una protección razonable contra daños y le brinde una privacidad razonable.
- Tiene derecho a que se le brinden servicios que demuestren conciencia de sensibilidad hacia la idoneidad de género, las diferencias de género y las diferencias culturales.
- Tiene derecho a elegir o rechazar el servicio a menos que un tribunal ordene lo contrario. Si rechaza los servicios, tiene derecho a no sufrir ninguna consecuencia punitiva. Si se esperan consecuencias adversas como resultado de su negativa, tiene derecho a que se le expliquen dichas consecuencias a usted o a su tutor legal.

(b) Ser tratado con dignidad y respeto;

(c) Participar en el desarrollo de un plan de servicios escrito, recibir servicios acordes con ese plan y participar en la revisión y reevaluación periódica de las necesidades de servicio y apoyo, ayudar en el desarrollo del plan y recibir una copia del plan de servicios escrito;

Además:

- Tiene derecho a acceder a los servicios prestados por pares

(d) Recibir una explicación de todos los servicios, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos;

(e) Confidencialidad y derecho a consentir la divulgación de conformidad con ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50;

Además:

- Tiene derecho a esperar que sus registros se mantengan de manera confidencial.

(f) Dar su consentimiento informado por escrito antes del inicio de los servicios, excepto en caso de emergencia médica o según lo permita la ley. Los niños menores de edad pueden dar su consentimiento informado a los servicios en las siguientes circunstancias:

(A) Menores de 18 años y casados legalmente;

**POR FAVOR REVISE Y FIRME LA SIGUIENTE PÁGINA**

- (B) Tener 16 años o más y estar legalmente emancipado por el tribunal; o
- (C) Tener 14 años o más solo para servicios ambulatorios. A los efectos del consentimiento informado, el servicio ambulatorio no incluye los servicios prestados en programas residenciales o en programas de hospitalización diurna o parcial
- (g) Inspeccionar su historial de servicio de acuerdo con ORS 179.505;
- (h) Rechazar la participación en la experimentación;
- (i) Recibir medicamentos específicos para las necesidades clínicas diagnosticadas del individuo, incluidos los medicamentos utilizados para tratar la dependencia de opioides;
- (j) Recibir notificación previa de la transferencia, a menos que las circunstancias que requieran la transferencia representen una amenaza para la salud y la seguridad;
- (k) Estar libre de abuso o negligencia y denunciar cualquier incidente de abuso o negligencia sin estar sujeto a represalias;
- (l) Tener libertad religiosa;
- (m) Estar libre de reclusión y restricción;
- (n) Ser informado al inicio de los servicios y periódicamente a partir de entonces de los derechos garantizados por esta regla;
- (o) Ser informado de las políticas y procedimientos, acuerdos de servicio y tarifas aplicables a los servicios prestados, y tener un padre, tutor o representante con custodia que lo ayude a comprender cualquier información presentada;
- Además:
- Tiene derecho a que se le presente a usted o a su tutor toda la información sobre sus tarifas en términos que usted entienda. Usted o su tutor legal tienen derecho a saber el monto y el cronograma de pago de cualquier tarifa que se le cobre. No se le negarán servicios de discapacidad en salud y desarrollo mental en función de su capacidad de pago; sin embargo, se le pueden negar servicios futuros si muestra falta de voluntad para pagar.
- (p) Tener la participación de la familia y el tutor en la planificación y prestación de servicios;
- (q) Tener la oportunidad de hacer una declaración para el tratamiento de salud mental, cuando sea legalmente un adulto;
- (r) Presentar quejas, incluida la apelación de las decisiones resultantes de la queja;
- Además:
- Tiene derecho a tener acceso a, o una fotocopia de, la política y los procedimientos que explican el proceso de quejas y reclamos y tiene derecho a presentar una queja o reclamo, libre de represalias. Si lo desea, tiene derecho a recibir ayuda para completar el formulario de queja o reclamo.
- (s) Ejercer todos los derechos establecidos en ORS 109.610 a 109.697 si la persona es un niño, según lo definen estas reglas;
- (t) Ejercer todos los derechos establecidos en ORS 426.385 si la persona está confinada a la Autoridad; y
- (u) Ejercer todos los derechos descritos en esta regla sin ninguna forma de represalia o castigo.
- (2) El proveedor deberá entregar al individuo y, en su caso, al tutor, un documento que describa los derechos del individuo aplicables de la siguiente manera:
- (a) La información que se le proporcione a la persona deberá estar en forma escrita o, si se lo solicita, en un formato alternativo o en un idioma apropiado para la necesidad de la persona;
- (b) Se le explicarán a la persona y, si corresponde, al tutor, los derechos y cómo ejercerlos; y
- (c) Los derechos individuales se publicarán por escrito en un área común.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

## Proceso de quejas y reclamos de clientes

Symmetry Care, Inc. desea brindar servicios de alta calidad; por lo tanto, las sugerencias para mejorar los servicios o las quejas sobre los mismos son bienvenidas. Symmetry Care, Inc. considerará y responderá de inmediato a las quejas de los clientes relacionados con el tratamiento. Preferimos corregir las causas de la enfermedad de manera informal y motivamos tanto al cliente como al personal de Symmetry Care, Inc. a resolver los problemas a medida que surjan.

1. El personal de admisión de Symmetry Care (SC) revisará una copia escrita de la política y el proceso de quejas con usted en el momento de la admisión.
2. El recepcionista interino será responsable de tener suficientes formularios de quejas disponibles para usted en todo momento.
3. El personal de Symmetry Care puede estar disponible si solicita ayuda para:
  - a. encontrar el formulario, si es necesario
  - b. completar el formulario, si es necesario
  - c. sellar la queja en un sobre
  - d. e informar a la recepcionista que se ha presentado un formulario de queja
4. El recepcionista interino será responsable de entregar el formulario de queja presentado al gerente del programa SC o su designado diariamente dentro de las 24 horas.
5. El gerente del programa o su designado responderá al formulario de quejas dentro de:
  - a. 30 días hábiles, o
  - b. Si es probable que el asunto de la queja cause daño al cliente, se responderá a la queja dentro de las 48 horas hábiles.
6. Tiene derecho a comunicarse con cualquiera de las siguientes entidades para presentar quejas o reclamos:
  - a. La División – 503-945-5763, TTY 800-375-2863, o correo electrónico [AMH.web@state.or.us](mailto:AMH.web@state.or.us)
  - b. Derechos de discapacidad en Oregon – 503-243-2081
  - c. Cualquier organización de atención coordinada (GOBHI) aplicable - 800-493-0040
  - d. Oficina de Defensa del Gobernador – 800-442-5238
7. Si no está satisfecho con la decisión, puede presentar una apelación por escrito dentro de los diez días hábiles a partir de la fecha de la respuesta de SC a la queja o notificación de denegación de servicios. La apelación se presentará ante la División, como se indica anteriormente.
  - a. Si lo desea, el personal de SC estará disponible para ayudarlo con este proceso.
  - b. La División le proporcionará una respuesta por escrito dentro de los diez días hábiles a partir de la recepción de su apelación; y
  - c. Si no está satisfecho con la decisión de la apelación, puede presentar una segunda apelación por escrito dentro de los diez días hábiles a partir de la fecha de la respuesta por escrito al Director de la División.



348 West Adams St. • Burns, Oregon • 97720 • Teléfono 541-573-8376 • Fax 541-573-8378

## Formulario de quejas y reclamos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Describa la naturaleza de su queja o reclamo. Asegúrese de nombrar a todas las partes involucradas, la fecha en que ocurrió el evento y toda la información necesaria para poder realizar una revisión completa de su queja o reclamo. Si es necesario, puede utilizar el reverso de este formulario para tener más espacio para escribir.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Después de una revisión cuidadosa, Symmetry Care cree que la siguiente acción es necesaria para resolver el problema.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del revisor de Symmetry Care: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Remitido para apelación? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento informado para servicios

Usted está a cargo de su atención médica y de todas las decisiones relacionadas con su atención y servicios. Tiene derecho a participar y liderar las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y a expresar preferencias sobre futuras decisiones de tratamiento.

Tiene derecho a estar informado y a comprender su diagnóstico, el tratamiento propuesto y planificado, incluido el resultado previsto, la naturaleza y todos los procedimientos disponibles involucrados en el tratamiento propuesto y planificado. Tiene derecho a comprender los riesgos, incluidos los efectos secundarios del tratamiento propuesto, en particular las alternativas que ofrecen menos riesgos u otros efectos adversos. Solicite cualquier información que necesite en cualquier momento de su tratamiento para tomar decisiones claras e informadas.

Sepa que cualquier consentimiento otorgado puede ser denegado o revocado por escrito u oralmente en cualquier momento; cuando esto ocurra, documentaremos su elección en el historial médico, así como las posibles consecuencias de revocar el consentimiento informado para el tratamiento.

Es importante que se sienta libre de hacer preguntas y comprender todos los aspectos de su tratamiento. Somos su equipo de atención y usted es el líder de ese equipo. Nos alegra que esté aquí.

**Reconocimiento de registros médicos integrados:** \_\_\_\_\_ (INICIAL) Entiendo que Symmetry Care tiene un registro médico integrado que permite al personal de salud mental acceder a la información relacionada con el uso o tratamiento de sustancias o cualquier otro servicio que reciba de Symmetry Care; por lo tanto, autorizo a los miembros del personal de Symmetry Care que necesiten acceder a mi información médica protegida a acceder a la información mínima necesaria en mi registro para tales fines. Esto es con la garantía de que la información sobre mi tratamiento por abuso de sustancias no será revisada en detalle y el hecho de que estoy recibiendo tratamiento por abuso de sustancias no se divulgará a otros programas fuera de Symmetry Care sin mi autorización explícita por escrito a menos que lo exija la ley.

**Consentimiento de telesalud:** Entiendo que los servicios de telesalud pueden ser parte de mi atención en Symmetry Care si mis proveedores determinan que dichos servicios son apropiados para mi tratamiento. Los servicios de telesalud son servicios de atención médica brindados por un proveedor en una ubicación diferente del cliente a través de comunicaciones de audio y video bidireccionales y/o mediante la transmisión electrónica de la información del cliente. Symmetry Care identificará al proveedor de telesalud y las credenciales del proveedor siempre que reciba dichos servicios. Symmetry Care ha establecido medidas de seguridad en relación con el uso de tecnologías de telesalud, que incluyen cifrado de datos, redes seguras y computadoras y aplicaciones protegidas con contraseña. Entiendo que, a pesar de esas medidas, existen riesgos para la privacidad cuando se transmite y/o almacena electrónicamente información personal. También entiendo que la información puede perderse debido a fallas técnicas. Conociendo estos riesgos, doy mi consentimiento voluntario para recibir servicios de telesalud en la medida en que mi proveedor los determine apropiados.

**Consentimiento para servicios de tratamiento:** Entiendo y acepto la información y los términos anteriores de los servicios de salud mental y/o prevención y recuperación y doy mi consentimiento para recibir servicios en Symmetry Care, INC.

---

Firma

---

Fecha



## Acuerdo financiero/Acuerdo de seguro/Acuerdo de confidencialidad/Certificación de Symmetry Care, Inc.

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

### Pago a través de seguro

Symmetry Care, Inc. tiene mi permiso para facturar a mi(s) compañía(s) de seguros y proporcionar la información necesaria a los efectos de obtener la autorización para los servicios, la información sobre los beneficios y el pago. Acepto que los pagos o copagos por los servicios se deben realizar al momento del servicio y que la responsabilidad del pago es mía. La denegación del pago por parte de una compañía de seguros u otro tercero no exime mi responsabilidad de pagar. Entiendo que las sesiones que no se presenten o que se cancelen tarde (con menos de 24 horas de aviso) se me cobrarán al precio completo y no se podrán cobrar a mi compañía de seguros. Acepto que se cobrará un cargo por fondos insuficientes de \$35.00 por cualquier cheque devuelto. **INICIAL** \_\_\_\_\_

Al firmar esta página, autorizo a Symmetry Care Inc. a divulgar cualquier información a mi(s) compañía(s) de seguros que se considere necesaria para procesar un reclamo de seguro. Además, autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Symmetry Care, Inc. Acepto notificar a Symmetry Care, Inc. inmediatamente cuando haya cambios en mi condición de salud o en la cobertura del plan de salud en el futuro.

***Es posible que sea elegible para un ajuste de la escala de tarifas variables o un plan de pago para los gastos de bolsillo en los que pueda incurrir. ¿Le gustaría que lo contactemos sobre su elegibilidad y/o información adicional? Sí \_\_\_ No \_\_\_***

Acepto que los pagos por los servicios se deben hacer al momento del servicio y que la responsabilidad del pago es mía. **INICIAL** \_\_\_\_\_

### Declaración de confidencialidad

El personal de Symmetry Care, Inc. mantendrá toda la información sobre su caso confidencial, incluido el hecho de que está recibiendo servicios. Hay ciertas ocasiones en las que nuestra información puede ser compartida sin su consentimiento. Estas son las siguientes: *Si necesita atención médica de emergencia, si nos informa sobre su intención de hacerse daño a sí mismo o a otra persona, o si sus registros son citados por el tribunal.* **INICIAL** \_\_\_\_\_

### Certificación

Al firmar a continuación, comprendo mis responsabilidades y acepto los términos mencionados en los formularios que he recibido y que me han ofrecido. Entiendo que estos documentos están disponibles para mí si los solicito en cualquier momento. Acepto recibir servicios de Symmetry Care, Inc. Reconozco la revisión de los siguientes documentos:

- Declaración de derechos individuales
- Procedimiento de quejas y quejas de muestra/ formulario de quejas
- Información de registro de votantes
- Aviso de políticas de privacidad

Nombre completo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_