



Caring People Dedicated to  
Quality Service

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

Clínica: \_\_\_\_\_

## Solicitud de servicios

Para completar el proceso de inscripción, envíe la Solicitud de Servicios completada a [intake@hillcountry.org](mailto:intake@hillcountry.org)

\*Nuestro proceso de inscripción tarda aproximadamente 1.5 horas y se completará el mismo día en que se envíe la solicitud.\*

Seleccione su preferencia de reunión:  Hogar/ MS Teams, Tengo acceso a internet  En la clínica  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Que le trae aquí hoy? \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió con nosotros?  CPS  Corte  Libertad condicional  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_

Idioma Principal: \_\_\_\_\_ Método de comunicación: \_\_\_\_\_

¿Requiere traductor/intérprete?  Sí  NO ¿Necesita ayuda con la lectura o la escritura?  Sí  NO

¿Cuál es la mejor manera de ayudarlo con la lectura o la escritura en su proceso de recuperación? \_\_\_\_\_

¿Necesita alguna tecnología de asistencia en el curso o en su tratamiento?  Sí  NO Explicar: \_\_\_\_\_

**¿Usted o la persona que desea los servicios está teniendo actualmente pensamientos suicidas, pensamientos de lastimarse a sí mismo o pensamientos de lastimar a otra persona?  Sí  NO**

**¿Está usted o la persona que desea servicios actualmente:  Embarazada  Inyectándose Drogas  Sin hogar  Con riesgo de sobredosis  Involucrado con CPS  Ninguno**

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Identidad de género (opcional): \_\_\_\_\_ Orientación sexual (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Asegurancia Médica: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Estatus legal:  Menor  Menor de edad con tutor (**Por favor proporcione órdenes de tutela/corte para la custodia**)

Adulto con tutor  Adulto sin tutor

Nombre de la persona responsable (o tutor), si corresponde: \_\_\_\_\_

Dirección física de la persona responsable/tutor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la persona responsable/tutor: \_\_\_\_\_

Situación laboral:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Desempleado  Escuela/Niño  Jubilado

Estado civil:  Nunca se casó  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Arreglo de vivienda:  Casa Propia  Casa Familiar  Casa del Amigo  Hogar de Ancianos  Sin hogar  Otro

Nivel Más Alto de Educación Completado: \_\_\_\_\_ ¿Está inscrito actualmente?  Sí  No

Veterano o en servicio activo?  Sí  No ¿Qué rama?  Ejército  Infantería de marina  Marina  Fuerza aérea  Otro

Fumar y consumo de tabaco:  Uso diario actual  Uso ocasional  Uso anterior  Nunca he usado

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergias o precauciones especiales: \_\_\_\_\_



# Herramienta de evaluación de necesidades sociales

## FORMULARIO DEL PACIENTE (versión corta)

Responda lo siguiente.

### ALOJAMIENTO

- ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?<sup>1</sup>
  - No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o de trenes, o en un parque)
  - Tengo vivienda actualmente, pero me preocupa perder la vivienda en el futuro
  - Tengo vivienda
- Piense en el lugar en el que vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas? (marque todo lo que corresponda)<sup>1</sup>
  - Infestación de insectos
  - Moho
  - Pintura o tuberías con plomo
  - Calefacción inadecuada
  - Horno o cocina que no funciona
  - No tiene detectores de humo o los detectores no funcionan
  - Pérdidas de agua
  - Ninguna de las anteriores

### COMIDA

- Durante los últimos 12 meses, se preocupó porque podía quedarse sin comida antes de obtener dinero para comprar más.<sup>1</sup>
  - Frecuentemente
  - A veces
  - Nunca
- En los últimos 12 meses, la comida que compró no alcanzó y no tenía dinero para obtener más.<sup>1</sup>
  - Frecuentemente
  - A veces
  - Nunca

### TRANSPORTE

- En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, a reuniones, al trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? (marque todo lo que corresponda)<sup>1</sup>
  - Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos
  - Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, a citas, al trabajo u obtener cosas que necesito
  - No

### SERVICIOS PÚBLICOS

- En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, combustible o agua ha amenazado con desconectar los servicios en su hogar?<sup>1</sup>
  - Sí
  - No
  - Ya los desconectó

### SEGURIDAD PERSONAL

- ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo lastima físicamente?<sup>1</sup>
  - Nunca
  - Pocas veces
  - A veces
  - Con bastante frecuencia
  - Frecuentemente
- ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo insulta o lo menosprecia?<sup>1</sup>
  - Nunca
  - Pocas veces
  - A veces
  - Con bastante frecuencia
  - Frecuentemente
- ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, lo amenaza con hacerle daño?<sup>1</sup>
  - Nunca
  - Pocas veces
  - A veces
  - Con bastante frecuencia
  - Frecuentemente



---

10. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida su familia, le grita o lo insulta?

- Nunca
- Pocas veces
- A veces
- Con bastante frecuencia
- Frecuentemente

### ASISTENCIA

11. ¿Le gustaría recibir ayuda para alguna de estas necesidades?

- Sí
- No

*Las preguntas 1-10 se vuelven a imprimir con permiso de la Academia Nacional de Ciencias, cortesía de National Academies Press, Washington, D.C.*

### REFERENCIA

1. Billioux A, Verlander K, Anthony S, y Alley D. National Academy of Medicine. Evaluación estandarizada de las necesidades sociales relacionadas con la salud en entornos clínicos: la herramienta de evaluación de comunidades responsables de la salud. National Academies Press. Washington, D.C. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/05/Standardized-Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Settings.pdf>. Consultado el 14 de noviembre de 2017.



Nombre del cliente adulto (menores de 18 años, ver reverso): \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?  
(Use "sr para indicar su respuesta")

	En	mitad de días	Más cada los días	de la día
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: ser tan torpe o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Si marcaste = problemas, ¿qué tan difícil te han dificultado estos problemas para hacer tu trabajo, ocuparte de las cosas en casa o llevarte bien con otras personas?

No es difícil en todo

Algo difícil

Muy difícil

Sumamente difícil

## Cuestionario de la salud del paciente adolescente PHQ-A

Profesional  
Nombre: \_\_\_\_\_ clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Durante las últimas **dos semanas**, ¿con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes síntomas? Para cada síntoma escribe una "X" en la casilla debajo de la respuesta que mejor describa cómo te sientes.

	(0) Nunca	(1) Varios días	(2) Más de la mitad de los días	(3) Casi todos los días
1. ¿Te sientes desanimado, deprimido, irritado o sin esperanza?				
2. ¿Tienes poco interés o encuentras poco placer en hacer las cosas?				
3. ¿Tienes problemas para dormir, mantenerte dormido o duermes demasiado?				
4. ¿Tienes falta de apetito, pérdida de peso o comes en exceso?				
5. ¿Te sientes cansado o con poca energía?				
6. ¿Sientes falta de amor propio, que eres un fracaso, o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia?				
7. ¿Tienes dificultad para concentrarte en las tareas escolares, leer o ver la televisión?				
8. ¿Te mueves o hablas tan lentamente que la gente a tu alrededor lo nota? O de lo contrario, ¿estás tan agitado o inquieto que te mueves mucho más de lo acostumbrado?				
9. ¿Tienes pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quieres hacerte daño?				

En el **último año**, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun si te has sentido bien algunas veces?

Sí  No

Si estás pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿cuánta **dificultad** te han ocasionado estos problemas para hacer tu trabajo, ocuparte de tus labores en casa o llevarte bien con los demás?

Ninguna dificultad  Algo de dificultad  Mucha dificultad  Extrema dificultad

En el **último mes**, ¿ha habido algún momento cuando has pensado seriamente en terminar con tu vida?

Sí  No

En **ALGÚN** momento en tu VIDA, ¿has tratado de matarte o suicidarte?

Sí  No

**Solamente para uso de oficina:**  
Office use only:

Severity score:

**Cuestionario CAGE-AID adaptado para incluir drogas**

Fecha:    /    /    |

1. ¿Alguna vez ha sentido que debería disminuir o reducir su uso de alcohol y/o drogas?

Alcohol: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Uso de Drogas: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

2. ¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?

Alcohol: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Uso de Drogas: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable debido al uso de alcohol y/o drogas?

Alcohol: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Uso de Drogas: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

4. ¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios o ayudarlo con la resaca)?

Alcohol: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Uso de Drogas: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**Tabulación**

**Puntuación:** Total de respuestas "SI": \_\_\_\_\_

Determinación positiva = Puntuación de 1 o más.

## Revisión de Derechos y Consentimiento para Evaluación y Servicios

I. Los Centros de Salud Mental y Discapacidades del Desarrollo de Hill Country (HCMHDDC) ofrecen evaluaciones de salud mental y determinación de discapacidad (DID) y tratamiento a personas calificadas que solicitan servicios.

II. Usted tiene los siguientes derechos, ya sea que dé su consentimiento para la evaluación o el tratamiento.

- Tiene derecho al consentimiento informado, o el derecho a ser informado del beneficio previsto o de los posibles riesgos.
- Tiene derecho a rechazar el tratamiento o los servicios.
- Usted tiene derecho a revisar, hacer preguntas y ofrecer sugerencias relacionadas con sus servicios de salud mental.
- Usted tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios de salud mental.
- Usted tiene el derecho de revisar sus registros de salud mental a menos que haya justificación clínica para prohibir una revisión solicitada. Todas las revisiones de registros deben ser por escrito.
- Usted tiene derecho a recibir una copia por escrito de sus derechos como individuo en servicios.

III. Usted tiene derecho a ser informado sobre la naturaleza o el motivo de la evaluación y el tratamiento, así como sobre las opciones que podrían estar disponibles además del tratamiento o los servicios recomendados.

NOTA: El consentimiento informado no significa que usted esté dando su consentimiento para la divulgación de información, sin embargo, puede haber situaciones en las que la información sobre su salud mental o servicios pueda divulgarse a otras partes interesadas sin su consentimiento. La divulgación de información cumplirá con las leyes estatales y federales.

### Consentimiento para la evaluación y los servicios

**Se me ha informado sobre mis derechos a dar mi consentimiento o a no dar mi consentimiento para la evaluación, el tratamiento o los servicios.**  Sí  No

**Acepto recibir y participar en una evaluación de salud mental o determinación de discapacidad del desarrollo intelectual.**  Sí  No

**Acepto recibir y participar en tratamientos y servicios de salud mental o de discapacidad de desarrollo intelectual.**  Sí  No

Entiendo que tengo la responsabilidad de cumplir con todas las citas programadas con el personal de la clínica a menos que ocurra una emergencia imprevista, daré un aviso con al menos 24 horas de anticipación antes de cancelar cualquier cita en la clínica. Entiendo que si falto a 2 citas consecutivas sin avisar con 24 horas de anticipación, mi caso puede ser revisado por el personal clínico para una posible baja de los servicios clínicos. Si mi caso se cierra, recibiré una carta notificándome que todos los servicios, incluidos los medicamentos, se han suspendido.

Entiendo y se me ha informado que tengo derecho de apelar las decisiones de denegar, cancelar o reducir los servicios, entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos como individuo en los servicios, puedo pedirle al personal o al Oficial de Protección de Derechos una aclaración, y que mis derechos serán revisados conmigo anualmente.

Oficial de Protección de Derechos  
819 Water Street, Suite 300  
Kerrville, Texas 78028  
830.792.3300 x2066

Derechos de las Personas con Discapacidad de Texas  
7800 Shoal Creek Blvd  
Austin, Texas 78757  
512.374.0755

### **Recepción de Aviso de Práctica de Privacidad**

**Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Hill Country MHDD Centers.**  Sí  No

### **Consentimiento para servicios de telesalud**

Para satisfacer las necesidades de la comunidad, los servicios hospitalarios y de salud ahora están disponibles a través de comunicación interactiva por video y/o transmisión electrónica.

1. Me han pedido que participe en una consulta de telesalud. Esto se hará con uno de los proveedores de los Centros MHDD de Hill Country. El propósito es evaluar mi condición médica. Esto se hace a través de un enlace bidireccional de audio/video con un proveedor de atención médica en una ubicación remota. Debo dar mi consentimiento informado para participar.

2. Entiendo que el proveedor estará en una ubicación diferente a la mía. Es posible que un proveedor de atención médica adicional esté presente conmigo en la habitación durante el tratamiento.

3. Se me informará si algún personal adicional debe estar presente conmigo en la habitación o en la habitación en la ubicación del proveedor.

4. Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Los Centros MHDD de Hill Country no retendrán el tratamiento, los beneficios de Medicaid o el procesamiento de pagos si me niego a firmar. Recibiré una copia de esta autorización firmada.

5. Entiendo que tengo derecho a acceder a mi historial médico, examen, pruebas, fotografías u otras imágenes relacionadas con mi tratamiento.

6. Entiendo que la consulta se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por Hill Country MHDD Centers. El proveedor puede almacenar o retener mi información médica para cumplir con los requisitos de retención de registros estatales o federales aplicables.

7. Entiendo que tengo derecho a ser informado y a oponerme a la grabación en video u otra grabación de este tratamiento.

8. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización. Para revocar, mi representante o yo debemos entregar una declaración escrita, firmada por mi representante o por mí, a la organización o instalación donde di mi autorización, proporcionando la fecha y el propósito de mi intención de revocar. Mi revocación entrará en vigor en la fecha en que la organización/instalación la reciba, excepto en la medida en que la organización ya haya confiado en mi autorización.

**Reconozco que Hill Country MHDD Centers ha explicado el servicio de tratamiento de telesalud de manera satisfactoria y que todas las preguntas que he hecho sobre este servicio han sido respondidas a mi satisfacción. Esta autorización es válida por un año a menos que sea revocada.**

**Doy mi consentimiento para los servicios de telesalud:**  Sí  No



## Contacto de emergencia

**Autorizo a HCMHDDC a comunicarse con la persona y/o el médico indicado en caso de que quede incapacitado debido a una emergencia.**  Sí  No

## Oportunidad de registrarse para votar

**¿Está registrado para votar?:**  Sí  No  No puedo votar

**¿Quieres registrarte para votar hoy?:**  Sí  No

Entregue la Tarjeta de Registro Personal de Votante o regístrese en el sitio web:

<https://vrapp.sos.state.tx.us/index.asp>

Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le brindarán los CENTROS DE HILL COUNTRY MHDD.

Podemos ayudarlo a completar el formulario de solicitud de registro de votante. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado y enviarlo usted mismo.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, y su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o al solicitar registrarse para votar. Puede presentar una queja ante la División de Elecciones de la Secretaría de Estado, P.O. Box 12060, Austin TX 78711 1-800252-8683.

Si se niega a registrarse para votar, esta decisión permanecerá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes. Si decide registrarse para votar, la información sobre la oficina a la que se presentó la solicitud permanecerá confidencial y solo se utilizará para fines de identificación de votantes.

## Autorización para la publicación (fotografía del expediente)

Autorizo a Hill Country MHDD Centers a utilizar mi fotografía para documentar en mi historial médico. Entiendo que tengo el derecho de negarme a autorizar este uso y Hill Country MHDD Centers no retendrá el tratamiento, los beneficios o el procesamiento de pagos si me niego. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si así lo solicito.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización. Para revocar, mi representante o yo debemos entregar una declaración por escrito, firmada por mi representante o por mí, a Hill Country MHDD Centers proporcionando la fecha y el propósito de esta autorización y mi intención de revocar la autorización.

Entiendo que la revocación entrará en vigencia en la fecha en que HCMHDD la reciba, excepto en la medida en que la organización ya haya confiado en mi autorización para divulgar mi información de salud. A menos que esta autorización se revoque antes, terminará automáticamente un año después de la fecha de la autorización original.

**Doy mi consentimiento para el uso de mi imagen tal y como se describe:**  Sí  No

**Mi Firma Certifica que he leído, entiendo y acepto los consentimientos indicados.**

---

**Nombre de la persona (en letra de imprenta)**

---

**Firma**

---

**Fecha**

## **Evaluación Financiera**

- Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_
- Número de dependientes: \_\_\_\_\_
- Número de miembros de la familia que reciben servicios: \_\_\_\_\_

### **Ingreso**

- Frecuencia de Ingresos de Empleo del Cliente:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente  
Monto de los Ingresos del Trabajo \$: \_\_\_\_\_
- Ingresos de Empleo del Cliente 2 Frecuencia:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente  
Monto de los Ingresos del Trabajo \$: \_\_\_\_\_
- Frecuencia SSI:  Mensual  Anualmente  N/A
- Monto de SSI \$: \_\_\_\_\_
- Frecuencia de SSDI:  Mensual  Anualmente  N/A
- Monto de SSDI \$: \_\_\_\_\_
- Frecuencia de Seguro Social:  Mensual  Anualmente  N/A
- Seguro Social Cantidad \$: \_\_\_\_
- Frecuencia de ingresos del cónyuge:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente
- Monto de los ingresos del cónyuge \$: \_\_\_\_\_
- Cónyuge Otros Ingresos Frecuencia:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente
- Cónyuge Otros Ingresos Monto \$: \_\_\_\_\_
- Padre 1 Frecuencia de empleo:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente
- Padre 1 Monto de empleo \$: \_\_\_\_\_
- Padre 2 Frecuencia de Empleo:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente
- Padre 2 Monto de empleo \$: \_\_\_\_\_
- Frecuencia de otros ingresos:  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente
- Monto de otros ingresos \$: \_\_\_\_\_

¿El cliente recibe TANF, SNAP o pensión alimenticia?  Sí  No

Monto de TANF: \_\_\_\_\_

Monto de SNAP: \_\_\_\_\_

Monto de la pensión alimenticia: \_\_\_\_\_

**Gastos excepcionales**

- **Monto de Gastos Médicos Mayores \$:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:**  Mensual  Anualmente  NA
- **Monto de Gastos por Accidentes Mayores \$:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:**  Mensual  Anualmente  NA
- **Monto de los gastos de cuidado infantil \$:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:**  Semanal  Mensual  Anualmente  NA
- **Monto de otros gastos \$:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:**  Semanal  Mensual  Anualmente  NA

La información en el recuadro debe ser completada por el personal apropiado de HCMHDDC.

Se ha evaluado que el MMF o la Capacidad Máxima de Pago de mi familia es: \$ \_\_\_\_\_

Persona del personal para discutir la información: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del personal: \_\_\_\_\_

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de este formulario de evaluación financiera y una escala mensual de capacidad de pago con el monto máximo a pagar indicado:  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Autorización y Asignación de Beneficios

Tengo cobertura de aseguranza médica.  **Sí**  **No**

Autorizo a HCMHDDC a divulgar o recibir la información necesaria con el fin de procesar reclamaciones y asegurar el pago.  **Sí**  **No**

Autorizo el pago de los beneficios del seguro de mi proveedor de seguros externo u otra organización por todos los servicios cubiertos proporcionados por HCMHDDC.  **Sí**  **No**

Tengo la siguiente cobertura de aseguranza médica.  **Medicaid**  **Medicare**  **Seguros Privados**

Me niego a dar información.  **Sí**  **No**

Entiendo que puede haber servicios que mi proveedor de seguros de terceros no cubrirá como beneficio y no pagaré. Entiendo que soy responsable del pago.  **Sí**  **No**

Me han informado que mi seguro de terceros puede considerar a Hill Country MHDDC como "Fuera de la red" y puede estar sujeto a los términos de mi contrato de seguro.  **Sí**  **No**

Reconozco que se me ha proporcionado una copia de este Formulario de Evaluación Financiera y la escala de Capacidad de Pago Mensual con el monto máximo a pagar indicado.  **Sí**  **No**

Autorizo a HCMHDDC a comunicarse con la persona y/o el médico indicado en caso de que quede incapacitado debido a una emergencia.  **Sí**  **No**

Autorizo a HCMHDDC a comunicarse con la SSA para verificar la elegibilidad y los beneficios relacionados con los programas SSI, SSDI, Medicaid y Medicare.  **Sí**  **No**

Recibí una copia del folleto de derechos.  **Yes**  **No**

Si vives en Val Verde, Edwards, Uvalde o el condado de Kinney, ¿vives en una colonia?  **Sí**  **No**

**Entiendo que al firmar este formulario, la información indicada en este formulario de Evaluación Financiera es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la persona (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**