



Solicitud de Servicios

Por favor complete esta forma y regrésela a recepción. Se le pedirá una firma digital de los Consentimientos Anuales que vienen en esta forma. Nuestro proceso de inscripción tarda aproximadamente 1.5 horas y se completará por video en Microsoft Teams el mismo día en que se envíe la solicitud. Se le pedirá regresar otro día si ya no quedan citas disponibles.

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre preferido: _____ ¿Que le trae aquí hoy? _____

¿Quién le refirió con nosotros? CPS Corte Libertad Condicional Escuela Otro: _____

Idioma Principal: _____ ¿Requiere traductor/intérprete? Sí NO

¿Existe alguna barrera de comunicación? Sí NO Explique: _____

¿Necesita ayuda para leer o escribir? Sí NO ¿Como podemos ayudarle? _____

¿Necesita tecnología de asistencia en el curso de su tratamiento? Sí NO Explique: _____

¿Está usted o la persona que desea servicios teniendo actualmente pensamientos suicidas, de lastimarse a sí mismo o a otra persona? Sí *Comuníquelo a recepción antes de continuar* NO

¿Está usted o la persona que desea servicios actualmente?: Embarazada Inyectándose Drogas Sin hogar/indigente 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: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Dirección Postal: _____ Condado: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono Alternativo: _____

Seguro Médico: _____ Titular: _____ Número de Póliza: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación de contacto de emergencia: _____ Dirección: _____

COMPLETAR SIGUIENTE INFORMACION PARA MENORES DE 17 AÑOS

Nombre del padre, tutor legal o persona responsable: _____

Número de teléfono de la persona responsable: _____

¿Existe un acuerdo de custodia/decreto de divorcio/orden judicial que afecte la relación padre-hijo? SI NO

****NECESITAMOS OBTENER UNA COPIA DEL DOCUMENTO PARA DETERMINAR QUIEN PUEDE CONSENTIR/PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO****

¿El menor tiene un tutor que no sea el padre o la madre? SI NO

Si es así, ¿cuál es la relación del tutor? Abuelo/a Hermano/a mayor de 18 Tía/o Otro: _____

¿Hay alguna orden judicial/poder notarial/carta de tutela? SI NO

****Si es así, por favor proporcionar una copia actual del documento relacionado a la tutela****

Solicitud de Servicios Continuada

Por favor escoja la respuesta más apropiada:

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 de amigo/s Asilo de ancianos Sin hogar Otro

Nivel Más Alto de Educación: _____ ¿Está inscrito actualmente? Sí No

Veterano o servicio activo: Sí No ¿Qué rama? Ejército Marina Guardia costera Fuerza aérea Otro

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

Información Clínica:

¿Recibe actualmente servicios de salud mental en la comunidad? (Doctor de cabecera/psiquiatra/terapia): Sí No

Si es así, nombre de la clínica/oficina: _____ Teléfono: _____

¿Ha tomado medicamento de salud mental en los últimos 90 días? Sí No No estoy seguro

¿Ha sido dado de alta de un hospital psiquiátrico en los últimos 14 días? Sí No

Si es así, nombre del hospital: _____ Día que se le dió de alta: _____

Motivo de ingreso: _____

¿Ha sido puesto en libertad de la cárcel, prisión o centro de detención juvenil en los últimos 30 días? Sí No

Si es así, nombre del centro: _____ Fecha de liberación: _____

Medico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Alergias o precauciones especiales: _____

(Se recomienda firmar una Autorización Para la Divulgación de Información para cada lugar de tratamiento en el que haya recibido servicios de salud mental. Por favor preguntar en la recepción por la forma.)

Información de diagnóstico:

Por favor enumere TODOS los diagnósticos de salud mental que se le hayan dado: (Nombre y fechas si lo recuerda)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Información de medicamento:

Por favor enumere TODOS los medicamentos que esté tomando ACTUALMENTE: (Nombre, dosis, frecuencia, quien lo recetó)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

Herramienta de Evaluación de Necesidades Sociales

Alojamiento:

1. ¿Cuál es su situación de vivienda actualmente?
- 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 trenes, o en un parque).
 - Tengo vivienda actualmente, pero me preocupa perderla en el futuro.
 - Tengo vivienda
2. Piense en el lugar en el que vive, ¿tiene alguno de estos problemas? (Seleccione todo lo que corresponda)
- Infestación de insectos
 - Moho
 - Pintura o tuberías con plomo
 - Calefacción inadecuada
 - Horno o cocina que no funciona
 - No tiene detectores de humo o no funcionan
 - Fuga de agua
 - Ninguna de las anteriores

Comida:

3. Durante los últimos 12 meses, ¿se preocupó porque podía quedarse sin comida antes de obtener dinero para comprar más?
- Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
4. En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no alcanzó y no tenía dinero para obtener más?
- Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca

Transporte:

5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? (Seleccione todo lo que corresponda)
- Si, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos
 - Si, me ha impedido asistir a reuniones, a citas, al trabajo u obtener cosas que necesito
 - No

Servicios Públicos:

6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de gas, combustible, electricidad o agua ha amenazado con desconectar los servicios en su hogar?
- Si
 - No
 - Ya están desconectados

Cuidado Infantil:

7. ¿Los problemas para conseguir cuidado infantil le han dificultado trabajar o estudiar?
- Si
 - No

Empleo:

8. ¿Tiene usted trabajo?
- Si
 - No

Educación:

9. ¿Tiene usted GED o diploma de preparatoria/bachillerato?
- Si
 - No

Finanzas:

10. ¿Con que frecuencia esto le describe? - No tengo dinero suficiente para pagar mis cuentas/facturas.
- Nunca
 - Pocas veces
 - A veces
 - Frecuentemente
 - Siempre

11. ¿Con que frecuencia alguien, incluida su familia, le lastima físicamente?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente

12. ¿Con que frecuencia alguien, incluida su familia, le insulta o le menosprecia?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente

13. ¿Con que frecuencia alguien, incluida su familia, le amenaza con hacerle daño?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente

14. ¿Con que frecuencia alguien, incluida su familia, le grita o le insulta?
- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con bastante frecuencia
 - Frecuentemente

Asistencia:

15. ¿Le gustaría recibir ayuda con alguna de estas necesidades?
- Si
 - No

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Cuestionario CAGE-AID Adaptado Para Incluir Drogas

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

Alcohol – Si

Drogas- Si

Alcohol - No

Drogas - No

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

Alcohol -Si

Drogas - Si

Alcohol - No

Drogas – No

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

Alcohol - Si

Drogas - Si

Alcohol – No

Drogas - No

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

Alcohol – Si

Drogas – Si

Alcohol -No

Drogas – No

¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 (hombres)/4(mujeres) o más bebidas alcohólicas en un solo día?

0-2 veces

3 o más veces

Genero (nacido, identificado, expresado):

Mujer

Hombre

Ninguno de los anteriores

Otro

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 persona 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 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

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 se haya basado en mi autorización.

Reconozco que Hill Country MHDD Centers ha explicado el servicio 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 brindará Hill Country MHDD Centers.

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 se haya basado 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 impresa)

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** **Seguro Privado**

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 pagará. Entiendo que soy responsable del pago. **Sí** **No**

Me han informado que mi seguro de terceros puede considerar a Hill Country MHDD 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 el condado de Val Verde, Edwards, Uvalde o 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 impresa)

Firma

Fecha

**HILL COUNTRY COMMUNITY MHMR CENTER
AUTHORIZATION AND CONSENT FOR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION – SPANISH**

**NAME
CASE**

Nombre: _____ NSS: _____ FDN: _____

Yo autorizo al personal designado de _____ a proveer/recibir la siguiente
(nombre del centro)
información médica protegida de mi tratamiento (especifica fechas de tratamiento): _____

Si yo estoy firmando como padre/guardián/tutor de un menor ó como tutor de un adulto, yo comprendo que la información divulgada/usada/recibida puede contener referencias acerca de mi ó mi familia.

Proveer a/Recibe de: _____

Yo comprendo que esta información divulgada/uso es para el/los siguiente(s) proposito(s):

_____ Para asistir en fondos adicionales _____ Para coordinar mi planeamiento/localidad al ser dado de alta

_____ Para asistir en evaluación y tratamiento _____ Para asistir en necesidades de educación especial

_____ A proveer información a persona(s) _____

_____ A pedir que la siguiente información va a proveer a Coordinador de Servicios (en adición de archivos de escuela):

- Notificación de todas las juntas de ARD
- Copia de IEP (Plan Individual de Educación) que sea resultando de cualquier juntas de ARD
- Visitas y observaciones en localidades de escuela y/o trabajo
- Información resultando de la implementación de IEP de profesores y otros empleados

Tambien autorizo la información divulgada/usada/recibida para:

VIA/SIDA (acuerdo a Texas Health and Safety Code, Chapter 81, Subchapter F)

Tratamiento para el abuso de alcohol y drogas (acuerdo a 42 CFR, Part 2, Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records)

Otro: _____

Y sera limitada a las siguientes clases de informaciones específicas:

Yo comprendo que tengo el derecho a negarse a firmar esta autorización. Hill Country CMHMRC no le negará tratamiento, beneficios de Medicaid, ó tramites de pago si yo se niego a firmar esta autorización. Yo comprendo que voy recibir una copia de esta autorización firmada.

Yo comprendo que si estoy autorizando información divulgada, entonces, excluyendo información relacionada al tratamiento para el abuso de alcohol y drogas, hay posibilidad que información decrita en esta autorización sea re-divulgada por el destinatario. Si esta información es re-divulgada, entonces ya no esta protegida por las leyes de privacidad médica.

Yo comprendo que tengo el derecho a revocar este consentimiento. Para revocar este consentimiento, yo debo proporcionar una declaración por escrito, firmada para me, a la organización ó centro donde dió su consentimiento (identificado arriba), el cual proveé la fecha de el consentimiento y mi intento de revocarlo. Mi revocación será efectiva en la fecha que sea recibida por la organización/centro, excluyendo al grado que la organización/centro ya haya procedido a mi autorización de usar ó divulgar mi información médica tal como se describe en el Aviso del Ejercicio de la Privacidad.

AUTHORITY: MHMR

FORM NUMBER: VI.5a (s)

REVISED: 05/21/03

**HILL COUNTRY COMMUNITY MHMR CENTER
AUTHORIZATION AND CONSENT FOR DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION – SPANISH**

**NAME
CASE**

A menos que esta autorización sea revocada previamente, esta expirará el: _____.

Nombre del Individuo

Fecha

Nombre de Representante

Fecha

Clase de Representante Legal (guardian legal, o, si individuo fallecio, representante personal)

Testigo

Fecha

Dirección

NOTA: Una copia ó facsimile es válida como la original