



**Southwest Behavioral & Health Services**

Reconocimiento del paquete de admisión/consentimiento anual

Nombre del Paciente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Teléfono	

He recibido una copia del Paquete de Consentimiento de Servicios de Salud y Comportamiento de Southwest Behavioral and Health Services, que se resume a continuación. Entiendo cada formulario tal como se me ha presentado y estoy de acuerdo con las guías y expectativas. Se me ha ofrecido la oportunidad de revisar los formularios de consentimiento a continuación y entiendo que tengo la capacidad de hacer preguntas a mi satisfacción como parte del proceso de admisión de SB&H. Entiendo que se colocará una copia de esta página en mi registro clínico para demostrar que recibí el contenido de este documento.

Consentimiento para la evaluación y/o el tratamiento (Manual SB&H)  
**Por la presente doy fe y reconozco que he leído por completo este acuerdo de consentimiento para evaluación y/o tratamiento y declaro, confirmo y certifico expresamente que tengo la autoridad para ejecutar este acuerdo en mi nombre o en el del menor correspondiente conforme con todos y cada uno de los términos y condiciones identificados y expresados en este Acuerdo. He tenido amplia oportunidad de revisar el contenido de este Acuerdo y por lo presente autorizo a SBH a proceder en función de mi autoridad para otorgar a SBH la capacidad de evaluarme y/o tratarme a mí mismo o al menor aplicable. Expresé y representé inequívocamente mi capacidad y autoridad para otorgar a SBH el derecho a proceder.**

Consentimiento Informado para Participar en Servicios de Tele Salud (Manual SB&H)  
 Consiento  No Consiento Participar en servicios de tele salud  
Consentimiento de comunicación  Correo electrónico  Correo de voz  Texto  
 Acuerdo de Guías de Asistencia (Manual SB&H)  
 Reconocimiento del Manual del Miembro del Plan de Salud (enlaces en el manual de SB&H)

Acuerdo de Pago: Doy mi consentimiento para que SBH facture a mi aseguradora por los servicios proporcionados según se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad mencionado a continuación. Elijo recibir servicios con la comprensión de que puedo ser personalmente responsable de pagar por el servicio que se me está brindando. (Manual de SB&H)

Reconocimiento del Manual del Miembro de SB&H (Responsabilidades del Programa, Lista De Servicios Disponibles en SB&H, Planificación de Servicios, Planificación de Transición/Alta, Tarifas, Seguridad, Código de Ética de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de SB&H, Aviso de Prácticas de Privacidad de AHCCCS, Confidencialidad de los Registros de Abuso de Sustancias, Derechos de las Personas Atendidas, Derechos Adicionales para Instalaciones de Tratamiento para Pacientes Hospitalizados o Residenciales, Derechos Legales para Personas con Enfermedades Mentales Graves, Aviso a personas con enfermedades mentales graves, Aviso a personas que reciben servicios de abuso de sustancias, Política y procedimiento de quejas, apelaciones y quejas). Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas: 602-364-3030; Oficina de Licencias de Instalaciones Residenciales: 602-364- 2639.



---

---

Firma del Paciente

---

---

Fecha

---

---

Firma del Padre, Tutor Legal o Otra Firma Requerida (si aplica)

---

---

Fecha

---

---

Firma del Miembro del Personal de SBH

---

---

Fecha





**Southwest Behavioral & Health Services**  
**Formulario de solicitud de divulgación de información y registros**

Marque solo UNA de las siguientes opciones:

- Marque aquí si desea liberar / enviar sus registros       Marque aquí si desea solicitar sus registros
- Marque aquí si desea liberar y solicitar sus registros

Como quiere que los registros sean enviados?  Correo  Formato digital por correo (Se requiere un mínimo de 50 páginas)  Correo electrónico (incluye la dirección): \_\_\_\_\_

Fechas de Servicios (de los registros que se enviarán)  últimos 60 días  últimos 90 días  últimos 12 meses  
 Otro (incluya las fechas): \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente      Número de Seguro Social      Fecha de Nacimiento  
 \_\_\_\_\_  
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal      Teléfono

**Autorizar lanzamientos y/o solicitudes de grabación según lo seleccionado en este documento entre:**

Southwest Behavioral & Health Services	602-265-8338
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
3450 N. 3rd Street, Phoenix, AZ 85012	602-323-2351
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

**Y**

_____	_____
Agencia/Nombre del Proveedor	Teléfono
_____	_____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Fax

**Aviso al Recipiente:** Esta información ha sido obtenida de registros protegidos por leyes Federales. Estos registros no están sujetos a una nueva divulgación. Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2) prohíben la divulgación subsecuente de Información sobre Abuso de Sustancias sin consentimiento específico por escrito de la persona de la cual la información le pertenece o según lo permitan dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito. Entiendo que, si esta información es divulgada a la persona indicada, la persona podría no seguir las leyes Federales sobre privacidad y mi información médica protegida podría ser divulgada por la tercera persona. El tratamiento, el pago y/o la inscripción no están condicionados a que el miembro firme este consentimiento.

**Nota:** Las reglas del gobierno federal y estatal requieren que se complete una autorización por separado para cada una de las siguientes categorías: Información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles, y registros de abuso de alcohol/sustancias.

**Información Solicitada. Seleccione todo lo que aplique:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Clínica          | <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                     | <input type="checkbox"/> Medicamentos                   |
| <input type="checkbox"/> Notas de Servicios Clínicos | <input type="checkbox"/> Resultados de Análisis/Laboratorios Médicos | <input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento/Servicio |
| <input type="checkbox"/> Resumen de Alta             | <input type="checkbox"/> Información sobre Abuso de Sustancias       | <input type="checkbox"/> Información de SIDA/VIH        |
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psicológico      | <input type="checkbox"/> Divulgación verbal sobre tratamiento        |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____    |  |   |

**Propósito de la Solicitud:** \_\_\_\_\_

Se requiere un propósito para la solicitud/divulgación para las solicitudes de terceros. Esta sección identifica a la parte autorizada y al firmante la razón por la que se solicitan registros y/o el motivo para el cual se utilizarán los registros. No se requiere propósito cuando los miembros solicitan sus propios registros. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de un escrito a SBH de acuerdo con las Directivas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que esta autorización ya ha sido completada. Puede referirse al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para más información sobre sus derechos en las leyes federales (HIPAA: 45 CFR 160-164)

**La Autorización vence:**

- 1 año a partir de esta fecha
- Otro: \_\_\_\_\_ (otra fecha – no más de un año)

_____	_____
Firma del Paciente/Tutor Legal	Fecha
_____	_____
Otra Firma Requerida (si aplica)	Testigo (si el/la paciente no puede firmar)

**\*Si el paciente tiene entre 12 y 17 años de edad, es posible que se requiera tanto su firma como la del padre/tutor legal.**



**Southwest Behavioral & Health Services**

Nombre			Cliente SS#			Fecha de Nacimiento											
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal						Teléfono		Correo electrónico									
Genero	<input type="checkbox"/>	Genero Variante	<input type="checkbox"/>	Intersexual	<input type="checkbox"/>	Cuestionando	<input type="checkbox"/>	Transgénero	<input type="checkbox"/>	Femenino	<input type="checkbox"/>	Masculino					
Raza:	<input type="checkbox"/>	Niego a responder															
	<input type="checkbox"/>	Nativo Americano/Nativo de Alaska			<input type="checkbox"/>	Asiático/isleño del Pacífico			<input type="checkbox"/>	Negro		<input type="checkbox"/>	Cáucaso				
Etnicidad:	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái			<input type="checkbox"/>	Niego a responder											
	<input type="checkbox"/>	Hispano/Latino			<input type="checkbox"/>	No Hispano/Latino			<input type="checkbox"/>	Niego a responder							
Idioma primario:						Idioma preferido:											
<b>Cobertura de Seguro</b> <i>Adjunte copia de la tarjeta de seguro</i>																	
<input type="checkbox"/>	Medicaid		<input type="checkbox"/>	Medicare		<input type="checkbox"/>	Privado (auto pago)		<input type="checkbox"/>	TriCare		<input type="checkbox"/>	Blue Cross	<input type="checkbox"/>	HMO	<input type="checkbox"/>	Otro
Compañía de Seguros						Id del Seguro#			Número de Póliza:								
<b>Necesidades Especiales:</b>																	
Interprete	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, especificar idioma _____													
Traductor	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, especificar idioma _____													
Asistencia a la movilidad	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la asistencia necesaria _____													
Asistencia para discapacidades visuales	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la asistencia necesaria _____													
Asistencia para personas con discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la asistencia necesaria _____													
Necesita arreglos de cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si, identifique la necesidad _____													
Debido a deficiencias cognitivas requiere asistencia especial para participar en el proceso de evaluación/planificación del servicio																	
<b>Contactos Importantes</b>											<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si			
Si corresponde, seleccione el acuerdo de custodia: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Pupilo de la Corte (Tutor Legal es el Estado)																	
<b>Padres/Tutor(es)Legal(es)</b>						Teléfono											
<i>Debe proporcionar documentación legal vigente</i>						Teléfono											
						Teléfono											
<b>Contacto de Emergencia:</b>						Teléfono											
<i>Complete ROI</i> Dirección																	
<b>Doctor de Cabecera:</b>						Teléfono			Fax								
Dirección																	
<b>Dentista:</b>						Teléfono			Fax								
<b>Otro(s) especialista(s) de atención médica:</b>						Teléfono			Fax								
Dirección																	
<i>(por ejemplo, salud mental, uso de sustancias, ginecólogo, neuro, dolor,</i>						Teléfono			Fax								
Dirección																	
<b>Farmacia:</b>						Dirección											
<b>Otros Contactos Importantes</b> (por ejemplo: escuela, oficial de libertad condicional/libertad condicional, otras agencias [DCS, DDD], vecinos, abuelos)																	
Nombre:						Relación:											
Teléfono:						Fax:											

### Información Personal

Inicial \_\_\_\_\_ (Fecha)

Actualizada \_\_\_\_\_ (Fecha)

**Por favor llena la siguiente información sobre la persona que va a recibir servicios**

<b>Empleo Actual</b>	Tamaño del hogar: _____	Ingresos Mensuales: _____			
	elije todos que aplican: <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Desabilitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo				

<b>Educación/Profesional:</b>	Grado más alto o título completado				
	¿Necesita ayuda para leer o escribir?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
	¿Alguna vez le han dicho que usted o su hijo tienen un retraso en el desarrollo o necesidades de educación especial?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
	¿Usted o su hijo recibieron servicios de educación especial?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
En caso afirmativo, sírvase identificar las pruebas, la evaluación especial, las clases especiales, el IEP/504, la escuela alternativa, el cambio de maestro, etc.					

#### Participación Legal y Eventos Significativos

Estatus Legal Actual/Otras cuestiones legales o civiles pendientes  
 (por ejemplo: tutor legal designado, tratamiento ordenado por la corte, pupilo del Estado, divorcio, cuestiones de custodia con la participación de DCS, libertad vigilada, libertad bajo palabra, o cargos pendientes)

Numero de arrestos en los últimos 30 días: \_\_\_\_\_ ¿Por cuales específicos delitos? \_\_\_\_\_

¿Se involucro el departamento de protección para niños (DCS) o adultos (APS) o la policía?  No  Si

#### Medicamentos

Medicamentos <b>Actuales</b>	Razón por el medicamento	¿Es efectivo el medicamento? No es efectivo, explica.			
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		

  

Medicamentos <b>Previos</b>	Razón por el medicamento	¿Fue efectivo el medicamento? No es efectivo, explica.			
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		
		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si		

Indica todos los medicamentos de venta libre o suplementos herbales que tomas: \_\_\_\_\_

[Return to Intake Checklist](#)

Member's Name:

DOB:



**Evaluación de riesgos de salud y de salud de Southwest Behavioral & Health Services (Jóvenes)**

Nombre	Cliente SS#	Fecha de Nacimiento
Dirección, Ciudad, Estado, Código postal	Teléfono	Correo electrónico
<b>Detección de trastornos relacionados con sustancias</b>		
<input type="checkbox"/> Adulto (18+) <input type="checkbox"/> Niños (0-17)		
<i>Pregúntele al joven sobre lo siguiente.</i>		
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas para relajarte, sentirte mejor sobre ti mismo o para quedar bien?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez has usado alcohol o drogas cuando estabas solo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te has olvidado cosas mientras has usado alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te has subido en un auto conducido por alguien (incluyéndote a ti) quien estaba endrogado o ha consumido alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez te han dicho tus familiares o amigos que debes de reducir el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Alguna vez te has metido en problemas cuando estabas usando alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Quien en tu familia usa alcohol o otras sustancias?		
Apunte cualquier historial y tratamiento de problemas de salud conductual o uso de sustancias que los miembros de su familia hayan tenido:		
<b>Cuestionario de detección de riesgos para la salud de los jóvenes</b>		
¿Ha sido diagnosticado con diabetes, asma, o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Indique los medicamentos continuación, si corresponde		
Revise los síntomas que el/la joven experimenta regularmente:		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomito
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos	
<input type="checkbox"/> Cansancio extrema	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Sobre/Bajo peso
<input type="checkbox"/> Otro:		
¿El/la joven come una dieta pobre?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven es sedentario o mínimamente activo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven está al día con las vacunas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿El/la joven consume tabaco o está expuesto al humo de segunda mano?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿De ser así, con que frecuencia?		
<input type="checkbox"/> Vapor	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Masticar
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> Otro:		
<input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Historial de salud (incluya todos los antecedentes médicos, dentales y de salud conductual)</b>		
<input type="checkbox"/> PCP archivado	¿Alergia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Por favor, especifique
	Fecha de última visita	Problemas de salud
<input type="checkbox"/> Dentista en el archivo	Fecha de última visita	Problemas orales
<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de la última visita	Otros problemas
<p align="center"><b>Las necesidades físicas y/o conductuales no tratadas pueden afectar la salud general e impactar negativamente el progreso hacia las metas.</b></p> <p align="center"><b>Se recomienda una cita con el PCP para una evaluación adicional.</b></p>		
¿Le gustaría ayuda con lo anterior u otras necesidades de salud física?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

[Return to Intake Checklist](#)