

## Intake/annual Checklist

Please complete the following to see what forms need to be completed:

*All highlighted fields must be completed for list to generate below.*

Format:

Paper

Age Group	Please Select
Substance Use Diagnosis	Please Select
HIV Diagnosis	Please Select
Insurance	Please Select
Has a Guardian	Please Select
Services Needed	Please Select
Visit Type	Please Select
Rendering SB&H Staff is Licensed	Please Select
<b>Recommended Steps Completed</b>	<b>0</b>

<u>Intake Consents &amp; Steps</u>	<u>Required (If Applicable)</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
<a href="#">Consent Packet Acknowledgement</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">SUD Release</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">SP Advance Directive (18+)</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">PCP ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">School ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">JPO ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">External BH provider ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Family/Friends ROI</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Dual Enrollment- OTP specific</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Transport Authorization- youth specific</a>		Axiom/Excel	
Copy of Insurance Card		Axiom - Scanned documents	
Private Pay Agreement		Confluence	
Copy of Birth Certificate, Notice to Provider (DCS Only), or Proof of Guardianship		Axiom - Scanned documents	
Copy of Member ID or Birth Certificate		Axiom - Scanned documents	
Create Chart in Axiom		Axiom - Scanned documents	

<u>Screening Forms</u>	<u>Required?</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
<a href="#">Patient Information Form [PIF]</a>		Axiom/Excel	
Demographic [834]		Axiom	
<a href="#">Adult Health Risk Assessment [HRA]</a>		Axiom/Excel	
<a href="#">Youth Health Risk Assessment [HRA]</a>		Axiom/Excel	
PCP Medical History Form		Axiom/Paper	
Depression Screener [PHQ-9]		Axiom/Paper	
Anxiety Screener [GAD-7]		Axiom/Paper	
ADHD Screener		Axiom/Paper	

<u>Assessment Forms</u>	<u>Required?</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
Engagement Session Note [Assessment]		Axiom	
Substance Use Screener [ASAM]			
Service Plan		Axiom	
Support & Safety Plan		Axiom	
ART/CFT/Staffing Plan		Axiom	
Developmental History Assessment		Axiom	
Columbia-Suicide Severity Rating Scale		Axiom	
CALOCUS		CALOCUS Portal	
Strength Needs Culture Discovery [SNCD]		Axiom	
PCP Note 3.0		Axiom	

<u>Wrap Up</u>	<u>Required?</u>	<u>Location</u>	<u>Completed</u>
Overview of next steps		Confluence	
PCP Communication		Axiom	
Birth to 5 Observations Scheduled		Axiom - scheduling	
Nursing Assessment Scheduled		Axiom - scheduling	
Therapy Appointment Scheduled		Axiom - scheduling	
Psych Eval Scheduled		Axiom - scheduling	
PCP Visit Scheduled		Axiom - scheduling	
Copies of Service Plan and Support & Safety Plan given to member		Axiom	
Pend Engagement Session Note and Service Plan to BHP		Axiom	
Document Closed		Axiom	



**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 Telepráctica (Manual SB&H)  
 Consiento  No Consiento Participar en servicios de telepráctica  
 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 de Salud Conductual: 602-542-3422.



[Blank signature line for Patient]

Firma del Paciente

[Blank date line]

Fecha

[Blank signature line for Parent, Legal Tutor, or Other Required Signature]

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

[Blank date line]

Fecha

[Blank signature line for SBH Staff Member]

Firma del Miembro del Personal de SBH

[Blank date line]

Fecha

**Autorización para divulgar registros de trastornos por abuso de sustancias para pagos/operaciones**

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

**Autorizó a Southwest Behavioral Health Services divulgar la información descrita a (Seleccione todo lo que aplique):**

AHCCCS para la divulgación de mis datos demográficos  
 Pago de mi tratamiento a mi plan de salud  
 AzComplete Health  Banner University  Care1st  Health Choice  
 Magellan  Mercy Care  Mercy Care  United Healthcare  
 Otro (Especifique)

**su plan de salud y/o proporcionar datos demográficos al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS).**

**Aviso al Solicitante**

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un Miembro como que tiene o ha tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito cualquier Miembro con un trastorno por uso

Entiendo que en cualquier momento, puedo revocar esta autorización escribiendo a SBH de acuerdo con las Políticas y Procedimientos de SBH. La revocación será efectiva excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización. Se le remite al Aviso de Prácticas de Privacidad de SBH para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal (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/la paciente tiene entre 12-17 años, la firma del paciente y su padre/madre/tutor legal será requerida para información acerca de abuso de sustancias.**

## Formulario de poder notarial duradero para la atención de salud mental de directiva anticipada

Instrucciones generales: Puede usar este formulario de poder notarial de atención de salud mental duradero de directivas anticipadas si desea designar a una persona para que tome decisiones futuras de atención de salud mental por usted si se vuelve incapaz de tomar esas decisiones por sí mismo. **La decisión sobre si usted es incapaz solo puede ser tomada por un** psiquiatra o psicólogo con licencia en Arizona que evaluará si puede dar su consentimiento **informado**. Asegúrese de entender la importancia de este documento. Hable con los miembros de su familia, amigos, miembros del personal del programa y otras personas en las que confíe sobre sus opciones. Además, es una buena idea hablar con profesionales como su médico, clérigo y un abogado antes de firmar este formulario.

Si decide que este es el formulario que desea usar para desarrollar un poder notarial de atención de salud mental duradero de directivas anticipadas, complete el formulario. No firme el formulario hasta que su testigo o notario y un miembro del personal del programa estén presentes. Se le pedirá que coloque una copia del formulario en su registro clínico para que nosotros y otros proveedores sigamos sus deseos si queda incapacitado. Usted y su representante deben conservar una copia de este documento para su futura referencia. **Como mínimo, usted y un miembro del personal de SBH deben firmar # 2 o # 3 a continuación para confirmar que comprende sus derechos y que se le ha ofrecido una copia del formulario.**

### 1. Mi Información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Dirección, Ciudad, Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**2. Me niego a ejercer mi Poder notarial de atención de salud mental duradero de directivas anticipadas en este momento.** Si elijo ejercer este derecho, en un momento después, notificaré al miembro del personal de SBH que es responsable de coordinar mis servicios.

_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Firma del Miembro del Personal de SBH	_____ Fecha

**3. Mi Poder Notarial de Atención de Salud Mental Duradero de Directiva Anticipada se otorga de conformidad con la ley de Arizona y continúa vigente para todos los que puedan confiar en él, excepto para aquellos a quienes he dado aviso de su revocación de conformidad con la ley de Arizona.**

_____ Firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Firma del Miembro del Personal de SBH	_____ Fecha

### 4. Notificación al médico de atención primaria (solo personal de SBH)

Correo  Fax  El correo electrónico Fecha: \_\_\_\_\_ Cual quién: \_\_\_\_\_

**Nota: Conserve la copia en el registro clínico completo de la persona (no purgue del registro).**

**STOP: Only complete following sections if the member has an Advance Directive!**

**5. Selección de mi representante de atención de salud mental y suplente:**

Elijo a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención de salud mental por mí cuando soy incapaz de tomarlas por mí mismo.

Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono de casa:	<input type="text"/>
Dirección, Ciudad,	<input type="text"/>	Teléfono de trabajo:	<input type="text"/>
Estado, Código Postal:	<input type="text"/>	Teléfono de celular:	<input type="text"/>

Elijo a la siguiente persona para que actúe como mi representante suplente para tomar decisiones de atención de salud mental por mí si mi primer representante no está disponible, no quiere o no puede tomar decisiones por mí.

Nombre:	<input type="text"/>	Teléfono de casa:	<input type="text"/>
Dirección, Ciudad,	<input type="text"/>	Teléfono de trabajo:	<input type="text"/>
Estado, Código Postal:	<input type="text"/>	Teléfono de celular:	<input type="text"/>

**6. Tratamientos de salud mental que AUTORIZO si no puedo tomar decisiones por mí mismo:**

Estos son los tratamientos de salud mental que autorizo a mi representante de atención de salud mental a hacer en mi nombre si me vuelvo incapaz de tomar mi propia decisión de atención de salud mental debido a una enfermedad mental o física, lesión, discapacidad o incapacidad. Si mis deseos no están claros en esta Directiva Anticipada Poder notarial duradero para la atención de la salud mental o no son conocidos por mi representante, mi representante, de buena fe, actuará de acuerdo con mi mejor interés. Esta persona me representará hasta que sea revocada por mí o por una orden de un tribunal. Mi representante está autorizado a hacer lo siguiente, que **he rubricado o marcado**:

- Acerca de mis registros:** Para recibir información sobre el tratamiento de salud mental que se me propone y para recibir, revisar y consentir la divulgación de cualquiera de mis registros médicos relacionados con ese tratamiento.
- Acerca de los medicamentos:** Para dar su consentimiento a la administración de cualquier medicamento recomendado por mi médico tratante.
- Acerca de un entorno de tratamiento estructurado:** Para admitirme en un entorno de tratamiento estructurado con supervisión las 24 horas del día y un programa de tratamiento intensivo autorizado por el Departamento de Servicios de Salud, que se llama un centro de salud conductual de "nivel uno".

Las directivas adicionales con respecto a mi tratamiento de salud mental son: (Véase también [www.mentalhealthrecovery.com/crisis.html](http://www.mentalhealthrecovery.com/crisis.html) para asistencia)

- Mi Plan de Acción de Recuperación del Bienestar
- Persona(s) de contacto
- Posibles causas de mi crisis
- Maneras de ayudar a evitar la hospitalización

Mi nombre: \_\_\_\_\_ 0

---

---

---

---

**Nota:** Un adulto debe presenciar o notarizar la firma de este documento y luego firmarlo. El testigo no puede ser nadie que: a) sea menor de 18 años; (b) relacionados con usted por sangre, adopción o matrimonio; (c) con derecho a cualquier parte de su patrimonio; (d) designado como su representante; o (e) involucrado en la prestación de su atención médica en el momento en que se firma este documento (los empleados de SBH no pueden presenciar la firma del documento, pero pueden notarizar el documento).

**Testigo:** Afirmo que conozco personalmente a la persona que firma esta Directiva Anticipada Poder notarial de atención de salud mental duradero y que presencié a la persona firmar o reconocer la firma de la persona en este documento en mi presencia. Afirmo además que él / ella debe estar en su sano juicio y no bajo coacción, fraude o influencia indebida. Él / ella no está relacionado conmigo por sangre, matrimonio o adopción y no es una persona a la que yo le brinde atención directamente a título profesional. No he sido designado como representante para tomar decisiones de tratamiento de salud mental en su nombre.

Nombre del testigo (impreso): \_\_\_\_\_  
Testigo Dirección: \_\_\_\_\_

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

Firma de Testigo

Fecha y Hora

**O**

En este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Personalmente compareció anti mi \_\_\_\_\_, el notario appeared \_\_\_\_\_ firmado abajo.

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

Firma de notario

Fecha

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal de SBH (impreso): \_\_\_\_\_

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

Firma del Miembro del Personal de SBH

Fecha y Hora



**Aceptación del nombramiento por parte del representante**

Acepto este nombramiento y acepto servir como representante para tomar decisiones de tratamiento de salud mental para O. Entiendo que debo actuar de manera consistente con los deseos de la persona a la que represento como se expresa en esta Directiva Anticipada Poder Notarial de Atención de Salud Mental Duradero o, si no se expresa, como yo lo conozco. Si no conozco los deseos del Individuo, tengo el deber de actuar en lo que, de buena fe, creo que es el mejor interés de esa persona. Entiendo que este documento la autoridad para tomar decisiones sobre el tratamiento de salud mental solo mientras O se ha determinado que está incapacitado, lo que significa bajo la ley de Arizona que un psiquiatra o psicólogo con licencia tiene la opinión de que el individuo no puede dar su consentimiento informado.

Nombre de Representante (Impreso): \_\_\_\_\_

--	--

Firma de Representante

Fecha y Hora

Nombre de Representante Alternativo (Impreso): \_\_\_\_\_

--	--

Firma de Representante Alternativo

Fecha y Hora

**Nota: Conserve la copia en el registro clínico completo de la persona.**



**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 Practicas 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.**



# Prevención de Inscripción Doble por Fax (ARIZONA)

Instrucciones: El miembro debe completar el formulario como parte del proceso de admisión de SB&H. El equipo de SB&H enviará por fax la autorización completa a todas las OTP aplicables dentro de un radio de 200 millas, SAMHSA OTP Directory; luego escanee el documento con la confirmación por fax en el archivo del miembro como "Prevención de inscripción dual enviada por fax".

En cumplimiento con todas las regulaciones estatales y federales (incluido el CFR Parte 2) este consentimiento autoriza a Southwest Behavioral & Health Services (SBH) para usar y divulgar información médica protegida (PHI) con todos los Programas de tratamiento de opioides (OTPs) dentro del radio designado de la clínica que se indica a continuación.

Nombre del miembro		AHCCCS ID
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		Número de teléfono

Sitio de SB&H	
Bullhead City ORS	
Flagstaff ORS	
Prescott Valley ORS	
7 <sup>th</sup> AVE ORS	

## **Notificación a los miembros**

La clínica mencionada anteriormente está obligada a notificar a cada miembro antes de la admisión que no puede proporcionar tratamiento o medicamentos a un miembro que esté recibiendo simultáneamente estos mismos servicios de otro programa de tratamiento, a menos que el medicamento se proporcione en respuesta a una emergencia o desastre que obligó al cierre de la clínica domiciliar habitual del miembro.

## **Propósito de la divulgación**

El propósito de esta divulgación es evitar que un miembro se inscriba dos veces en otros programas de tratamiento de opioides (OTP)/programas de tratamiento asistido por medicamentos (MAT). Esto se completa notificando a los OTP locales dentro de un radio de 200 millas de la clínica mencionada anteriormente, a través de una transmisión segura por fax, que el miembro identificado está inscrito en el programa de Medicamentos para el Trastorno por Uso de Opioides (MOUD) de SBH.

## **Información a divulgar**

La información relacionada con la divulgación para evitar inscripciones múltiples está permitida por 42 CFR Parte 2. Si se confirma que el miembro está recibiendo servicios duplicados, la información que se divulgará puede incluir la información demográfica del miembro (p. ej., nombre legal completo, alias, últimos cuatro números del número de seguro social, fecha de nacimiento, fecha de admisión, tipo/formulario/dosis del medicamento, fecha y motivo del alta, y última dosis del medicamento) y puede incluir registros relacionados con el uso de sustancias, enfermedades transmisibles, salud mental, historial médico y tratamiento físico.

## **Almacenamiento de información y confidencialidad**

Los registros/información de los miembros están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, incluyendo 42 CFR Parte 2, la Ley de Portabella y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") y 45 CFR Partes 160-164. El destinatario de la información puede volver a divulgar la información y es posible que ya no esté protegida por la ley de privacidad HIPAA. Sin embargo, 42 CFR Parte 2 continuará protegiendo la confidencialidad de la información que identifica al miembro como paciente en un programa de alcohol u otras drogas de cualquier nueva divulgación.

## **Programas para recibir información divulgada y medios de divulgación**

La información se divulga a todos los programas de OTP/MAT dentro de un radio de 200 millas de la clínica mencionada anteriormente a través de una transmisión de fax segura.

**Términos de este consentimiento**

- Eos registros del miembro mencionado anteriormente están protegidos por las Regulaciones Federales de Confidencialidad y no pueden ser divulgados sin el consentimiento expreso por escrito del miembro, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones; y el cliente puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas de acuerdo con él, y en cualquier caso, este consentimiento expira automáticamente como se establece a continuación.
- Esta es una divulgación limitada para los fines descritos anteriormente, y así lo indica la persona de cuyos registros se ha extraído esta información.

El miembro puede ver y solicitar una copia de la información descrita anteriormente y/o en este formulario.

Este consentimiento expirará a los 90 días de la finalización del programa, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Al seleccionar esta opción, este consentimiento expirará el:  (especificar fecha)

**Reconocimiento de los miembros**

Al firmar a continuación,

Confirmando que he leído y entendido minuciosamente la información descrita en este documento y doy fe de las siguientes declaraciones:

- 1.No estoy recibiendo medicamentos y/o tratamiento de otro Programa de Tratamiento de Opioides/Centro de Tratamiento Asistido por Medicamentos, su satélite o un proveedor de Tratamiento de Opioides en el consultorio.
- 2.Libero a la clínica mencionada anteriormente de la responsabilidad que pueda surgir como resultado de la información divulgada en virtud de esta autorización si dicha información divulgada se utiliza posteriormente en mi perjuicio.
- 3.Entiendo que si no firmo esta declaración, no seré admitido para recibir tratamiento ni se me proporcionarán servicios de medicamentos de emergencia.
- 4.Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito. en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a Southwest Behavioral & Health Services (SBH).
5.  **Autorizo que todos los programas de tratamiento de opioides dentro de un radio de 200 millas de la clínica mencionada anteriormente divulguen la información indicada en este formulario.**

Firma de

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del personal/testigo

Fecha

**Recepción de OTP**

**Solo se solicita una respuesta si la OTP receptora tiene información de que el miembro también puede estar inscrito en los servicios de OTP de la clínica receptora. Si el miembro mencionado anteriormente es actualmente inscrito en su clínica, comuníquese con la clínica de Southwest Behavioral & Health Services (SBH) que se indica a continuación por fax o teléfono para proporcionar información con respecto a la inscripción del miembro con su organización.**

Sitio de SB&H	Dirección
Bullhead City ORS	809 Hancock Road #1, Bullhead, AZ 86442 P:928-763-7111 F: 928-542-4031
Flagstaff ORS	1515 E. Cedar Avenue #E-2, Flagstaff, AZ 86004 P:928-714-0010 F: 928-714-0024
Prescott Valley ORS	7600 E. Florentine Road Ste. 101 Prescott Valley, AZ 86314 P:928-775-7088 F:928-775-7099
7 <sup>th</sup> AVE ORS	1424 S. 7 <sup>th</sup> Ave, Bldg. C. Phoenix, AZ 85007 P: 602-258-3600 F: 602-256-0514

**Aviso al destinatario:**

Cualquier información sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias divulgada bajo esta autorización se ha divulgado a partir de registros que pueden estar protegidos por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales prohíben que el destinatario haga más divulgación de esta información a menos que la divulgación adicional esté permitida exclusivamente por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o que esté permitida de otro modo 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con trastorno por uso de sustancias. La información relacionada con enfermedades transmisibles, de conformidad con este comunicado, no se puede volver a divulgar sin una autorización específica por escrito. (A.R.S. 36-664. H.)



**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 _____
<i>(por ejemplo, salud mental, uso de sustancias, ginecólogo, neuro, dolor,</i>	Dirección _____	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: _____	

Member's Name:

DOB:



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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Cliente SS#	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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)		
Durante el ultimo ano, ¿has bebido alcohol o usado drogas mas que deseabas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿A causa de alcohol o drogas, has descuidado tus responsabilidades diarias?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Durante el ultimo ano, ¿has querido o pensado que es necesario reducir tus bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Te ha dicho un familiar, amigo, u otra persona que se oponen o están preocupados por tu uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Alguna vez pensando mucho sobre querer beber alcohol o usar drogas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Has bebido alcohol o usado drogas para aliviar malestar emocional, como tristeza, enojo, o aburrimiento?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Quien in tu familia usa alcohol o otras sustancias?	<input type="text"/>	
Enumere cualquier historial y tratamiento de problemas de salud conductual o uso de sustancias que los miembros de su familia hayan tenido:	<input type="text"/>	
<b>Cuestionario de detección de riesgos para la salud de los adulto</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	<input type="text"/>	
¿Ha tenido una lectura de presión arterial de 140/90 o mas alto en el ultimo año?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Marque los síntomas que regularmente siente:		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Nausea/Vomito
<input type="checkbox"/> Cansancio extremo	<input type="checkbox"/> Visión Borrosa	<input type="checkbox"/> Sobre/Bajo peso
	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="text"/>
¿Tiene mala alimentación?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Es sedentario o ligeramente activo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
¿Usa tabaco? ¿De ser así, con que frecuencia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Vapor	<input type="checkbox"/> Cigarrillos
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente
	<input type="checkbox"/> Masticar	<input type="checkbox"/> Nunca
<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 <input type="text"/>
	Fecha de última visita <input type="text"/>	Problemas de salud <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dentista en el archivo	Fecha de última visita <input type="text"/>	Problemas orales <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de la última visita <input type="text"/>	Otros problemas <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Otro:	Fecha de la última visita <input type="text"/>	Otros problemas <input type="text"/>
<b>Las necesidades físicas y / o conductuales no tratadas pueden afectar la salud general e impactar negativamente el progreso hacia las metas.</b>		
<b>Se recomienda una cita con el PCP para una evaluación adicional.</b>		
¿Le gustaría ayuda con lo anterior u otras necesidades de salud física?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

[Return to Intake Checklist](#)