

Patient Label

Fecha de Hoy _____

Información del Paciente

Apellido _____ Primero _____ Inicial Media _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Teléfono Residencial _____ Teléfono Celular _____

Estado Civil (CícuLe Uno) Divorciado Union Domestica Legalmente Separado Casado
 Pareja No Casado Desconocido Viudo Otro

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Padre/Tutor (Si Corresponde)

Apellido _____ Primer _____ Inicial Media _____

Teléfono Residencial _____ Teléfono Celular _____

Número de Sguro Social _____ Feche de Nacimiento _____ Relación _____

Sexo Legal (Cículo Uno) Feminina Masculino No Binario Desconocido

Orientación Sexual (CícuLe Uno) Heterosexual Bisexual Lesbiana Pansexual
 Queer Homosexual Omnisexual Asexual No Sé Elegir No Divulgar Algo Más

Identidad de Género (CícuLe Uno) Feminina Masculino Mujer Transgénero
 Hombre Transgénero Interrogativo X Elegir No Divulgar
 No Binario/Genero queer Otro Los Dos Espíritus

Patient Label

Pronombres (Círcule Uno) ella/su, ella/suyo él/él/de el ellos/de ellos/suyo ey/em/eirs
 ze/hir/hirs xe/xem/xyrs ve/vir/vis Otro Negarse a Responder Desconocido

Raza (Círcule Uno) Nativo de Alaska Amerindio Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico
 Hawái Nativo Isleño del Pacífico Paciente se negó go a contestar Desconocido

Etnicidad (Círcule Uno) Hispano o Latino/a No hispano o latino/a Desconocido Otro

Estado del Hogar (Círcule Uno) Con Hogar Riesgo para Quedarse Sin Hogar Alojamiento Transitorio
 Niño en Riesgo de Quedarse Sin Hogar Actualmente no está Sin Hogar, Estuvo en lós Últimos 12 Meses
 Viviendo en un Refugio Refugio Desconocido par Personas Sin Hogar Viviendo con Otros
 Vivienda de Apoyo Permanente Hotel de Ocupación Individual Calle, Campamento, Puente
 Veterano en Riesgo de Quedarse Sin Hogar
 ***Tamaño de la familia _____ ***Ingresos del Hogar \$_____ (Anual)

***Tienga en cuenta: Esto no reemplaza nuestra Solicitud de Tarifa Móvil para el Descuento de Tarifa Móvil. Si desea solicitar nuestro descuento de tarifa móvil, consulte con uno de los miembros de nuestro equipo de Elegibilidad.

Trabajador de Temporada o Migrant (Círcule Uno) Si No

Situación Laboral (Circle One) Empleado a tiempo completo No Empleado
 En Servicio Militar Activo Hijo Empleado a Tiempo Parcial Jubilado Estacional
 Autónoma Estudiante de Tiempo Completo Estudiante de Tiempo Parcial
 Desempleado por Discapacidad Desconocido

Información del Seguro

Seguro Primario _____ **Nombre del Suscriptor** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Número de Seguro Social del Suscriptor _____ **Numero de Grupo** _____

Numero del Miembro _____

Copago \$ _____ **Relación del Paciente con el Suscriptor** _____

Seguro Secundario _____ **Nombre del Suscriptor** _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Número de Seguro Social del Suscriptor _____ **Numero de Grupo** _____

Numero del Miembro _____

Copago \$ _____ **Relación del Paciente con el Suscriptor** _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Patient Label

Apellido del paciente _____ Primero _____ Medio _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Número de teléfono _____

Divulgación Verbal

Autorizo a MarillacHealth a dejar mensajes con respecto a la información médica relacionada con mi atención mediante los siguientes métodos y asumiré la responsabilidad de notificar a MarillacHealth cuando la información cambie. (Marque todo lo que corresponda).

Teléfono residencial _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo de voz/Contestadores automáticos _____

Divulgación a Otras Personas

Autorizo a MarillacHealth a hablar con las siguientes personas sobre me atención y tratamiento actuales:

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Toda la información de salud, incluida la facturación, se puede comunicar a las personas mencionadas anteriormente, excepto por lo siguiente

Diagnóstico o referencia a servicios de salud conductual / atención psiquiátrica; anemia de células falciformes; pruebas genéticas; síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); virus de inmunodeficiencia humana (VIH); infección de transmisión sexual (ITS); o abuso de drogas y/o alcohol.

Esta autorización expirará automáticamente 1 año a partir de la fecha firmada a continuación a menos que solicite una fecha de vencimiento inferior a un (1) año.

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas para cumplirla.

La información divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la Regla de privacidad de HIPAA.

Se requiere mi firma para validar esta autorización. Si no firmo esta autorización, Marillac Health seguirá proporcionando tratamiento y solicitará el pago por los servicios prestados. De acuerdo con State Statutes, este sitio de atención puede cambiar por copias de registros médicos.

Patient or Parent/Legal Guardian Signature _____ Date _____

(Not For Scanning)

Fecha de Hoy _____

Apellido del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Antecedentes Familiares

Relación	Problema de Salud	Edad de Inicio	Estado de Vida
Madre			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Padre			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Hermana			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Hermano			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Hija			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Hijo			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Abuela Materna			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Abuelo Materno			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Abuela Paterna			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta
Abuelo Materno			<input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Difunta

Historia del Paciente

Cigarrillos electrónicos/Vapeo (Círculo uno) Actualmente se usa todos los días Actualmente uso algunos días
 Nunca usar Usuario anterior Nunca evaluado Usuario: estado actual desconocido
 Desconocido si alguna vez se usó

Cigarrillo electrónico/sustancia de vapeo (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)

Nicotina THC CBD Aromatizante Otros

Por favor, indique "Otros" _____

Cigarrillos electrónicos / dispositivos de vapeos (Encierra en un círculo todo lo que corresponda) Desechable

Cartucho precargado o recargable Tanque recargable Otros (Por favor liste) _____

Tabaco Tabaquismo (Círculo uno) Nunca Anterior Todos los días Algunos días Desconocido

Sin humo (Círculo uno) Nunca Anterior Actual Desconocido

Exposición pasiva (Humo de segunda mano) (Círculo uno) Nunca Anterior Actual

¿Desea asesoramiento sobre el abandono del tabaco? Sí No

Alcohol

¿Bebe alcohol? Si Actualmente no Nunca

¿Cuántas bebidas por semana? Copas de vino _____ Latas de Cerveza _____ Chupitos de licor _____

Bebidas que contengan .05 onzas de alcohol _____

¿Alguna vez bebiste en exceso? Si No ¿Alguna vez conduces después de beber? Si No

Cuestionario de historia médica/social de salud

Consumo de drogas (Círcule uno) Sí, actualmente Actualmente no

¿Cuántas veces por semana? _____

Tipos (Encierra en un círculo todo lo que corresponda) Vapeo Marihuana Opiáceos Heroína
 Metanfetamina Anfetaminas PCP Éxtasis LSD Ketamina Mescalina
 Psilocibina Cocaína Crack Óxido Nitroso Inhalantes solventes Barbitúricos
 Intravenosa Intravenosa (IV) Otros

Consumo de Cafeína

¿Bebe/toma cafeína? Si No ¿Número de tazas/latas o cantidad tomada por día? ____

Farmacia Por favor, indique el nombre de su farmacia preferida _____

Temas Actuales Por favor, enumere todos los problemas médicos y de salud mental actuales.

<u>Problema de Salud</u>	<u>Comenzó</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cirugías Por favor, enumere todas las cirugías y/o procedimientos anteriores.

<u>Cirugía</u>	<u>Razón</u>	<u>Cuándo/Dónde</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias Enumere todas las alergias (medicamentos, alimentos, picaduras de abeja, etc.) y cómo le afectan.

<u>Allergy</u>	<u>Reaction</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Cuestionario de historia médica/social de salud

Medicamentos Enumere todos los medicamentos actuales que está tomando, incluidas los medicamentos de venta libre.

<u>Nombre</u>	<u>Fuerza</u>	<u>Frecuencia</u>

Patient Name: _____ DOB: _____

Como paciente de MarillacHealth, es posible que se le ofrezcan servicios de salud conductual y estamos divulgando información sobre nuestros proveedores y sus credenciales. Cada uno de estos proveedores puede ser contactado en la siguiente dirección comercial y número de teléfono: 2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501, 970-200-1600.

CREDENCIALES
Ned Becker es un consejero profesional con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Consejería en 1994.
Brandi Byars es una trabajadora social clínica con licencia. Recibió su Maestría en Trabajo Social en 2019 de la Universidad de Denver.
Steven Martínez es un consejero de adicciones con licencia y trabajador social clínico con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Denver en 2019.
Connie Mercer-Cogburn es una consejera profesional con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Salud Mental Clínica de la Universidad Estatal de Adams en 2017.
S. Rod Pyland es un trabajador social clínico con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Trabajo Social de la Universidad de Denver en 1978. Especialista en Desintoxicación de Acupuntura (Entrenador Registrado) 2014.
Andrew Rossway es un consejero profesional con licencia en el estado de Colorado. Recibió su Maestría en Consejería Clínica de Salud Mental de la Universidad del Norte de Arizona en 2017.
CREDENCIALIZACIÓN
<p>1. Un trabajador social clínico con licencia, un terapeuta matrimonial y familiar con licencia y un consejero profesional con licencia deben tener una maestría en su profesión y tener dos años de supervisión posterior a la maestría. Un psicólogo con licencia debe tener un doctorado en psicología y tener un año de supervisión postdoctoral. Un trabajador social con licencia debe tener una maestría en trabajo social. Un candidato a psicólogo, un candidato a terapeuta matrimonial y familiar y un candidato a consejero profesional con licencia deben tener el título de licencia necesario y estar en el proceso de completar la supervisión requerida para obtener la licencia.</p> <p>2. Un Consejero Certificado de Adicciones I (CAC I) debe ser un graduado de la escuela secundaria, completar las horas de capacitación requeridas y 1,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero de Adicciones Certificado II (CAC II) debe completar las horas de capacitación adicionales requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero Certificado en Adicciones III (CAC III) debe tener una licenciatura en salud conductual, completar las horas de capacitación adicionales requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un Consejero Certificado en Adicciones III (CAC III) debe tener una licenciatura en salud conductual, completar las horas de capacitación adicionales requeridas y 2,000 horas de experiencia supervisada. Un consejero de adicciones con licencia debe tener una maestría clínica y cumplir con los requisitos de CAC III.</p> <p>3. Un psicoterapeuta registrado es un psicoterapeuta que figura en la base de datos del estado y está autorizado por ley para practicar psicoterapia en Colorado, pero no tiene licencia del estado y no está obligado a satisfacer ningún requisito educativo o de prueba estandarizado para obtener un registro del estado.</p>

La práctica de las personas autorizadas o registradas en psicoterapia está regulada por la Sección de Licencias de Salud Mental de la División de Registros. Puede comunicarse con la Junta de Examinadores Psicoterapeutas Registrados al (303) 894-7800.

DERECHOS DEL CLIENTE: Si recibe estos servicios, tiene derecho a recibir información del terapeuta sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de su terapia (si se conoce) y la estructura de tarifas. Puede buscar una segunda opinión de otro terapeuta o terminar la terapia en cualquier momento. En una relación profesional, la intimidad sexual nunca es apropiada y debe ser reportada al Departamento de Agencias Reguladoras, División de Registros, Sección de Salud Mental. Su terapeuta atenderá cualquier inquietud o queja que pueda tener sobre la psicoterapia. Otra opción es ponerse en contacto con la Junta de Quejas de Salud Mental.

Confidentiality: The information provided by you during therapy sessions is legally confidential. There are exceptions to this confidentiality, some listed in section 12-43-218 of the Colorado Revised Statutes, and the HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability) Notice of Privacy Rights available at the front desk. For example, mental health professionals are required to report suspected child abuse to authorities. Si surge una excepción legal durante la terapia, si es posible, se le informará en consecuencia. La Ley de Práctica de Salud Mental (CRS 12-43-101, et seq.) está disponible en <https://dpo.gove/ProfessionalCounselor/Laws>.

- El consejero tiene la obligación de reportar "de buena fe" cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil a los departamentos apropiados de servicios humanos y / o agencia de aplicación de la ley.
- El consejero debe notificar a las autoridades correspondientes cuando un cliente / paciente comunica una amenaza grave e inminente de lastimarse a sí mismo o a otra persona y se niega a buscar tratamiento voluntariamente.
- El consejero puede divulgar información del cliente si el cliente hace o crea una amenaza articulable y significativa contra una escuela u ocupantes de una escuela.
- El consejero puede divulgar información del cliente en respuesta a una consulta de la Junta de Quejas.
- El consejero puede divulgar información del cliente para responder a una demanda o queja hecha contra el consejero con respecto a la atención o el tratamiento del cliente.
- Un tribunal en Colorado con autoridad competente puede ordenar la divulgación de información confidencial del cliente / paciente.
- Si está participando en servicios de asesoramiento en un entorno médico, reclamamos el derecho del consejero a discutir su caso con otro personal de la clínica según sea necesario para la continuidad de la atención. Al firmar este formulario, usted acepta que sus registros de terapia se mantengan en el registro médico ambulatorio de la agencia. Los registros de los clientes no pueden mantenerse después de siete años de conformidad con la sección 12-245-+226 (1) (a) (II) (A) de los Estatutos Revisados de Colorado. I acknowledge this Behavioral Health disclosure, and I understand my rights as a patient or as the patient's responsible party if I receive these services.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____

Firma del padre o tutor _____ **Fecha** _____

Relación con el paciente _____