

## INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO DE MSprings  
ID # \_\_\_\_\_

Teléfono primario: \_\_\_\_\_  CASA  CELULAR

EMPLEO  OTRO ¿Se puede llamar?  Sí  No

Otro teléfono: \_\_\_\_\_  CASA  CELULAR  EMPLEO  OTRO

¿Se puede llamar?  Sí  No

Otro teléfono: \_\_\_\_\_  CASA  CELULAR  EMPLEO  OTRO

¿Se puede llamar?  Sí  No

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Es usted residente de la ciudad?  Sí  No ¿Dirección postal igual que el domicilio?  Sí  No

Si No: Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

**Raza:**  Indio americano /Nativo de Alaska  Asiático  Afroamericano  Nativo de Hawái/Isleño pacífico

Blanco/Caucásico  Otro: \_\_\_ Hispano \_\_\_ Latino

**Origen étnico:** Hispano  NO  SÍ  Mexicano  Puertorriqueño  Cubano  Otro hispano  Se negó

**Situación en el hogar:**  Solo  Niños  Padre  Padres de acogida  Tutor  Madre  Padres

Parejas  Parientes/Familiares  Hijos  Esposo/a  Persona sin parentesco

**Estado civil:**  Nunca casado/a  Casado/a  Casado/a, separado/a  Viudo/a  Divorciado/a

**Tabaquismo:**  Fumador/usuario de tabaco actual – todos los días  Fumador/usuario de tabaco actual  
periódicamente  Fumador/usuario de tabaco antes  Nunca fumó/usó tabaco  Se negó

**Idioma primario:** \_\_\_\_\_ Otro idioma: \_\_\_\_\_

¿Desea un interprete?  Sí  No

**¿Quién le recomendó Mind Springs Health?** Ejemplos: Usted mismo, Amigo, Ministro, Escuela, Libertad  
condicional, Empleador, etc. \_\_\_\_\_

**Estado militar:**  Nunca estuvo en el servicio militar

Activo  baja honorable  baja administrativa  baja con deshonor

**Empleo:**  Tiempo completo (35 horas +/-semana  Tiempo parcial (menos de 35 horas/semana  Ama de casa, no  
empleada  Empleo apoyado  No en la fuerza laboral  Militar  Desempleado  Estudiante  Jubilado

Discapacitado  Prisionero  Voluntario

**Educación Nivel en años:** \_\_\_\_\_ ( Secundaria = 12; Universidad = 16 etc.)

### INGRESOS:

Ingresos anuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_ Fuente primaria: \_\_\_\_\_

Número de personas que los ingresos mantienen: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos menores de 18 años? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Actualmente, estoy sin hogar. No tengo alojamiento de noche permanente.

Soy inmigrante documentado  SÍ  NO O  Soy ciudadano de los EE.UU.

Se usa esta información para determinar recursos de fondos públicos y NO se usará para denegar servicios.

**Es posible que califique para un descuento. Sírvase presentar evidencia de sus ingresos.** Evidencia se define como 1) Talones más recientes de los últimos 60 días (2 meses) de cheques de pago de todos los empleadores de miembros del hogar. Éstos son los que reciben del hogar el 50% o más de su manutención. 2) Si trabaja por cuenta propia o si no tiene talones de cheques de pago, estados de cuenta bancarios más recientes (60 días). 3) Si está desempleado, documentación de una agencia de desempleo. 4) Si vive con otras personas y no contribuye al hogar, la persona con quien vive debe firmar un formulario Mind Springs Health Attestation.

### Directivas Avanzadas

¿Quiere información sobre las Directivas Avanzadas?  Sí  No

Si tiene una Directiva Avanzada, ¿nos entrega una copia?  Sí (Sírvase traer una copia a nuestra oficina).  No

### Información de contacto urgente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

¿Enviamos su factura por servicios por correo a otra persona?  NO  SÍ

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

¿Debemos llamar a otra persona para recordarle a usted sus próximas citas?  NO  SÍ

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene un Proveedor de Atención Primaria o Tutor Legal?  NO  SÍ

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable del pago?

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Edo.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

### Motivo por solicitar servicios

Solo para personas con seguro médico, ingrese el número de la Chief Complaint List [Lista de quejas principales]

\_\_\_\_ Doy fe de que yo y/o mis dependientes no tenemos seguros o que tenemos seguros que no cubren los beneficios de la salud mental o abuso de sustancias. Deseo solicitar una tarifa de escala móvil,

Por este conducto solicito servicios para mí y/o mis dependientes en Mind Springs Health. Certifico que 1) la cantidad de personas en el hogar que declaro arriba es correcta; 2) es correcta mi declaración de los ingresos en el hogar; 3) Entiendo que el pago se debe efectuar en el momento de los servicios.

\_\_\_\_ Si corresponde, solicito que mi compañía de seguros u otra cobertura de terceros pague toda reclamación directamente a Mind Springs Health. Autorizo el pago de beneficios de seguros directamente a Mind Springs Health por servicios prestados. Autorizo a Mind Springs Health para que entregue toda información respecto a mí y/o a mis dependientes que se requiera para procesar la reclamación de seguros. Autorizo a mi compañía de seguros para que entregue a Mind Springs Health cualquier información respecto a mis reclamaciones con Mind Springs Health. Entiendo que soy responsable económicamente a Mind Springs Health de cualquier dinero pagado directamente a mí por mi compañía de seguros por dichos servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o de la Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre con letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal de Negocios de Mind Springs Health

\_\_\_\_\_  
Fecha de Entrada de Datos





Autorización para Usar y Divulgar Información de Salud

Revocación: Revoco mi autorización para el uso y divulgación sobre mi información de salud, efectivo inmediatamente.

Firma del cliente	Fecha	Firma de testigo
Firma de representante	Fecha	Si es el representante, relación al cliente

Mind Springs Health  West Springs Hospital

HEALTH RECORD INFORMATION USED WITH BEGIN DATE \_\_\_\_\_

CLIENT ID # \_\_\_\_\_ ID Validated \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL/ABUSO DE SUSTANCIAS**

**PONGA SUS INICIALES EN LA LÍNEA QUE CORRESPONDE.**

**\_\_\_\_\_ CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:**

Entiendo que Mind Springs Health brinda tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias. Acepto el tratamiento para

Mí mismo(a)     Mi hijo(a)     La persona de quien soy el tutor legal

**\_\_\_\_\_ DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE:**

He recibido el folleto de los Derechos del cliente y otros pertinentes que enumeran mis responsabilidades como cliente de Mind Springs Health . Entiendo que tengo derecho de hacer preguntas si necesito una aclaración o si tengo inquietudes.

**\_\_\_\_\_ RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD:**

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad actual. Puedo hablar con el Director de Privacidad para obtener más información.

**\_\_\_\_\_ ACUERDO FINANCIERO Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**

Solicito que mi compañía de seguro u otro cobertura pague mis reclamos directamente a Mind Springs Health. Si mi seguro determina que un servicio no está cubierto, entiendo que soy económicamente responsable del pago total de los cargos. Entiendo que soy económicamente responsable de cualquier copago o coseguro determinado por los beneficios de mi seguro y que dicho pago se espera en el momento del servicio. En caso de que no cumpla con mis obligaciones monetarias con Mind Springs Health , entiendo que mis citas para servicios pueden ser cambiadas o terminados.

**\_\_\_\_\_ QUEJAS:**

He recibido una copia de la política actual sobre quejas. Entiendo que puedo presentar una queja u obtener la asistencia de un Defensor de Clientes sin perjudicar mi cuidado.

**\_\_\_\_\_ CONTACTO DE SEGUIMIENTO Y ENCUESTAS:**

Entiendo que tal vez Mind Springs Health o sus representantes puedan comunicarse conmigo para obtener información de mi cuidado o para hacerme preguntas sobre mi satisfacción con el tratamiento o los servicios. Tal información es confidencial y se usará para evaluar calidad. Puedo escoger participar en estas encuestas o no participar sin perjudicar mi tratamiento.

**\_\_\_\_\_ COORDINACIÓN DE CUIDADO:**

Entiendo que tal vez sea necesario que Mind Springs Health comunique mi información de salud protegida, en particular mis prescripciones actuales y el plan de crisis, a otros proveedores que necesiten saberlo para la coordinación de cuidado o el manejo de crisis.

**\_\_\_\_\_ MOTIVOS POR SUSPENDER LOS SERVICIOS PROGRAMADOS:** entiendo que los servicios programados de Mind Springs Health pueden ser suspendidos por:

- Completar el tratamiento de común acuerdo;
- **Dos citas consecutivas incumplidas;**
- **Tres citas incumplidas dentro de un período de 90 días;**
- Falta de progreso hacia los objetivos de acuerdo con el Plan de Servicio;
- Conducta que cree un riesgo considerable para otras personas;
- Falta de pagar por los servicios;
- La necesidad demostrada de servicios que Mind Springs Health no puede proporcionar;
- Falta de contacto con Mind Springs Health durante un plazo de 45 días (con excepción de los servicios médicos).

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha