



# Programas de Servicio de Drogas y Alcohol

## Hoja de Triage

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Nombre (Primero, Segundo, y Apellido): \_\_\_\_\_

(Por favor deletree su Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir o número de tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

# de Teléfono \_\_\_\_\_ #Licencia de Conducir o # de ID \_\_\_\_\_

¿Quién le refirió? \_\_\_\_\_

---

**¿Qué sustancia(s) se usaron? (marque todas las opciones que correspondan)**

alcohol fentanilo heroína opiáceas metanfetamina marijuana  
benzodiazepinas Alucinógenos Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido una sobredosis en los últimos 30 días? ..... Si o No

¿Está aquí para la desintoxicación Opiácea / Suboxone? ..... Si o No

¿Tienes pensamientos actuales sobre hacerte daño a ti mismo? ..... Si o No

¿Está aquí para una desintoxicación de alcohol o para recibir medicación para dejar de beber?  
..... Si o No

¿Está embarazada? Si o No o No Sabe... Si aplica, ¿cuál es la fecha de parto? \_\_\_\_\_

¿Ha sido liberado de la cárcel en los últimos 30 días? ..... Si o No

¿Tiene transportación para las citas de tratamiento? ..... Si o No

¿Se considera usted mismo sin hogar? ..... Si o No

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Cliente MR# \_\_\_\_\_



# Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

## Información del Paciente

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Prefijo  Señorita  Sr.  Sra.  Srita.

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_  
(Primer Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Segundo Nombre)

\_\_\_\_\_  
(Apellido)

Email: \_\_\_\_\_

ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ ID de Beneficiario de Medicare: \_\_\_\_\_

Teléfono n.º 1: \_\_\_\_\_ Tipo:  Casa  Celular  Empresa  Otro  
 No llame  No deje mensajes

Teléfono n.º 2: \_\_\_\_\_ Tipo:  Casa  Celular  Empresa  Otro  
 No llame  No deje mensajes

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Esta es Dirección de Envío?:  Sí  No Si la respuesta es No, cuál es su Dirección de Envío:

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

### **Alias del Paciente**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo:  Sobrenombre  Nombre Preferido  Nombre Anterior  Alias

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo:  Sobrenombre  Nombre preferido  Nombre anterior  Alias

### **Datos Demográficos**

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo Asignado al Nacer:  Masculino  Femenino  No se menciona

### **Estado civil:**

Divorciado  Pareja Doméstica  Casado  Separado  Viudo

Nunca Casado  No se sabe

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N.º de MR del Paciente \_\_\_\_\_



# Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

## Información del Paciente

### Identidad de género:

- Masculino  Femenino  No binario  No está seguro/Se cuestiona  Otro  
 Transgénero  Femenino a Masculino (FTM)/Transgénero Masculino/Hombre Trans  
 Prefiere no responder  Masculino a Femenino (MTF)/Transgénero Femenino/Mujer Trans  
 No se sabe/No se preguntó  Genderqueer, Ni Exclusivamente Masculino Ni Femenino

### Orientación Sexual:

- Heterosexual/Hetero  Lesbiana (Femenino)  Gay (Masculino)  Bisexual  
 Transgénero  Prefiere no responder  No está seguro/Se cuestiona  
 Se niega a responder  No se sabe/No se preguntó

**Pronombre:**  Él  Ella  Ellos  Ze

### Origen étnico:

- Amerasiático  Nativo Americano  Asiático Indio  Negro  Camboyano  
 Chino Dominicano  Filipino  Guameño  Nativo Hawaiano  Hispano/Latino  
 Japonés  Coreano  Laosiano  Mexicano/Mexicano Americano  Múltiple  
 Ni Hispano Ni Latino  Otro Asiático o Isleño del Pacífico  Samoano  Vietnamita  
 Blanco  Desconocido

### Raza:

- Nativo de Alaska  Indio Americano  Indio Asiático  Negro/Afroamericano  
 Camboyano  Chino  Filipino  Guameño  Hmong  Japonés  Coreano  
 Laosiano  Mien  Multirracial  Nativo Hawaiano  Otro Asiático  Otro Isleño del Pacífico  Samoano  Vietnamita  Blanco/Caucásico  Desconocido  Prefiere no responder

### Idioma:

Idioma principal/preferido: \_\_\_\_\_

- El paciente no habla inglés  Necesita servicios de un intérprete

### Origen Hispano:

- Puertorriqueño  Mexicano  Cubano  Otro Hispano  No es de origen Hispano  
 Prefiere no responder  No se sabe

### Médico:

Médico de Atención Primaria (PCP): \_\_\_\_\_

- El paciente no tiene PCP

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N.º de MR del Paciente \_\_\_\_\_



# Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

## Información del Paciente

### **Información Económica**

Responsable Económicamente:  Sí  No

Ingresos anuales del grupo familiar: \$ \_\_\_\_\_ # de dependientes: \_\_\_\_\_

# en el grupo familiar: \_\_\_\_\_

Fuente de Ingresos:

- Salario/Sueldo  Asistencia pública  Jubilación/Pensión  Discapacidad  
 Otro  Ninguno  No se sabe  No recibe

### **Arreglos de Vivienda:**

- Sin hogar  En las calles o en un refugio para personas sin hogar  Vivienda colectiva  
 Cárcel o centro correccional  Casa de familia de crianza temporal  
 Casa o apartamento (incluye casas rodantes, hoteles, dormitorios, cuarteles, etc.)  
 Centro de tratamiento residencial)  No se sabe/No se reporta  
 Casa o apartamento, que necesita apoyo y supervisión diarios (solo adultos)  
 Otro: \_\_\_\_\_

### **Educación/Empleo:**

Estado educativo:

Actualmente inscrito:  Sí  No Nivel de grado en el que está inscrito: \_\_\_\_\_

Grado más alto completado: \_\_\_\_\_

Si está inscrito en la escuela, Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

(Staff Only: School Name is added in Custom Fields)

Estado militar:  Sí  No Estado de veterano:  Sí  No

Estado de empleo:

- Empleado a tiempo completo  Empleado a tiempo parcial  
 Desempleado, buscando trabajo  Desempleado que no busca trabajo  
 Estudiante  Jubilado  Discapacitado No es parte de la fuerza laboral  
 Edades 0-5  Otro: \_\_\_\_\_

Participación en la justicia penal:

- Probación  Departamento Correccional  Cárcel  Probación  No participa  
 Compromiso con el Depto. de Servicios Juveniles

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N.º de MR del Paciente \_\_\_\_\_

Página 3 de 5



# Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

## Información del Paciente

### **Información de Transporte**

Necesita servicios de transporte

Indique cualquier necesidad o adaptación especial (por ejemplo, silla de ruedas, animal de servicio)

### **Preferencias**

Preferencia de comunicación:  Mensaje de texto  Correo electrónico  Mensajes de voz

No enviar avisos

Teléfono de comunicación: \_\_\_\_\_

### **Contactos**

#### **Información del Contacto n.º 1:**

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

Responsable económicamente  Contacto de emergencia  Tutor  Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención  Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: \_\_\_\_\_

Teléfono n.º 2: \_\_\_\_\_

Dirección:  La misma del paciente

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N.º de MR del Paciente \_\_\_\_\_



# Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

## Información del Paciente

### Información del Contacto n.º 2:

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Organización: \_\_\_\_\_

- Responsable económicamente  Contacto de emergencia  Tutor  
 Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención  Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: \_\_\_\_\_ Teléfono n.º 2: \_\_\_\_\_

Dirección:  La misma del paciente

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_



13. Sólo Para Mujeres				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Embarazada? Fecha para dar a luz _____			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Lactancia?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido perdida involuntaria o abortos? Si es así, de detalles _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Tiene períodos difíciles? Si es así, de detalles: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha del último período : _____		Fecha del último examen ginecológico: _____		
Enfermedades Transmisibles				
14. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido prueba de tuberculosis? (Tuberculosis)			
15. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si → ¿A tenido una prueba positiva de tuberculosis? → Fecha de la última prueba de TB o rayos x del pecho: _____			
16. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido una diagnosis de Hepatitis C ? Fecha de la última prueba: _____			
17. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido una diagnosis por cualquier otra enfermedad del hígado? Especifique: _____			
18. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tendio una diagnosis de una enfermedad de transmisión sexual? (ETS)?		¿Fecha de la última prueba de ETS?	
19. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿A recibido tratamiento?			
20. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha hecho la prueba del VIH?		Fecha de la última prueba del VIH:	
21. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibió el resultado de la prueba? →			
Salud Mental				
22. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez fue diagnosticado con un trastorno mental? ¿Cuál fue su diagnosis?			
23. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Fué tratado? En caso que sí, de detalles: _____			
24. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha recibido servicios de emergencia para salud mental?			
25. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En los últimos 30 días, se ha quedado 24 horas o más en un hospital psiquiátrico de salud mental?			
26. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En los últimos 30 días, ¿ha tomado medicamentos de prescripción para el uso de salud mental? Incluya medicamentos para la ansiedad:			
27. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Intentos previos de suicidio?	28. Fecha de más reciente intento:	29. ¿Cuántos intentos en su vida?	
Alcohol y Otras Drogas				
30. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Utiliza alguna de las siguientes sustancias y con qué frecuencia ?	Diario	Seguido	A veces
	Alcohol →			
	Drogas →			
31. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez se ha inyectado drogas?			
32. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha compartido agujas con otros?			
33. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿A intercambiando algodón?			
34. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿ Cuántos días en los últimos 30 días se ha inyectado drogas?	¿Última vez que se inyectó?		
35. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha utilizado jeringas o ajuas que fueron proveidas por el condado de San Luis Obispo?			
36. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted siente que se le esta bajando el efecto de una sustancia? Si es asi, cual sustancia?			
37. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene convulsiones, delirio tembloroso? Si es asi de detalles: _____			
38. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha perdido el conocimiento? Si es asi de detalles: _____			
39. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha perdido el sentido? En caso, ¿cuántas veces y con qué frecuencia ?			
40. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted actualmente fuma o injiere marihuana ? →		Fecha de la última vez que injirió marihuana:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una tarjeta de marihuana médica?			
41. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha tenido una sobredosis de alcohol u otras drogas?		Si es asi, de detalles: _____	
<b>A lo mejor de mi conocimiento la información anterior es exacta y verdadera y voy a informar a mi proveedor de cambios en mi salud o medicamentos:</b>				
Firma del cliente:			Fecha:	
Firma del personal:			Fecha:	
NOMBRE DEL CLIENTE:			NÚMERO DE CLIENTE:	



## Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

### **Objetivo**

Me gustaría recibir servicios para mí o para mi hijo de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo o de sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre los servicios que me pueden prestar a mí o a mi hijo. Entiendo que tengo derecho a hablar con un proveedor sobre la información que se incluye en este documento y hacer preguntas para comprender esta información.

### **Mis Derechos**

Reconozco que me informaron sobre mis derechos o los de mi hijo, como paciente y que me ofrecieron el documento de derechos del consumidor, que contiene mis derechos o los de mi hijo como paciente.

### **Prácticas de Privacidad**

Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo, que contiene información sobre cómo se puede usar y revelar mi información médica privada o la de mi hijo, según lo establecido por la ley. Entiendo que, en ciertas circunstancias, la información que comparto debe ser revelada. Por ejemplo, los proveedores de Servicios de Salud y Bienestar tienen la obligación de reportar si existe una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, adultos mayores o adultos dependientes; si existe una amenaza para mi seguridad física o la de mi hijo; o si existe una amenaza para la seguridad de los demás. Entiendo que, si mi hijo está recibiendo servicios, en ciertos casos es posible que el proveedor de esos servicios no pueda compartir información conmigo sobre esos servicios, a menos que mi hijo se lo permita.

### **Servicios**

Entiendo que los servicios que se pueden prestar se centran en problemas de salud mental y consumo de sustancias. Estoy consciente de que la información y los registros míos o de mi hijo pueden compartirse entre programas y proveedores de salud mental y de consumo de sustancias con el objetivo de dar tratamiento, en la medida permitida por la ley.

### **Riesgos y Beneficios de Los Servicios**

Entiendo que los Servicios de Salud y Bienestar pueden tener riesgos y beneficios. Estoy consciente de que los Servicios de Salud y Bienestar pueden implicar hablar sobre aspectos



## Consentimiento para el Tratamiento

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **ID del Paciente** \_\_\_\_\_

difíciles de mi vida o la de mi hijo y hacer cambios en los medicamentos psiquiátricos que mi hijo o yo tomamos o en el tratamiento por consumo de sustancias.

Mi hijo o yo podemos tener sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. Mi hijo o yo también podemos tener un aumento de los síntomas mientras que mi hijo o yo trabajamos en los problemas o a medida que cambian o agregan medicamentos míos o de mi hijo durante el curso del tratamiento.

También estoy consciente de que se ha comprobado que los Servicios de Salud y Bienestar tienen beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia o el tratamiento por consumo de sustancias pueden llevar a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Los medicamentos psiquiátricos pueden aliviar los síntomas de los problemas de salud mental.

Entiendo que no hay certezas sobre lo que mi hijo o yo enfrentaremos cuando recibamos servicios, y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los Servicios de Salud y Bienestar exigen una inversión de tiempo y esfuerzo de todos los participantes, y también de apertura a cómo podrían verse el cambio y el éxito.

### **Los Servicios Son Voluntarios**

Entiendo que la participación en los Servicios de Salud y Bienestar es voluntaria, excepto en ciertas situaciones en las que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo está legalmente obligado a prestar servicios, incluso si es involuntario, como en las detenciones psiquiátricas 5150 o en las tutelas.

Entiendo que incluso si la Corte me ordena participar en Servicios de Salud y Bienestar, aún puedo elegir no participar en esos servicios. Estoy consciente de las consecuencias que pueden surgir debido a mi decisión de no participar en los servicios ordenados por la Corte que son mi responsabilidad. Entiendo que puedo hablar con un Abogado, Oficial de Probación o Trabajador de los Servicios de Bienestar de Menores para tomar la mejor decisión posible con respecto a la participación en servicios que ordene la Corte.

### **Elegibilidad para Los Servicios**

La elegibilidad para los Servicios de Salud y Bienestar se determina mediante una combinación de leyes, reglamentos y políticas locales. Entiendo que, si una evaluación determina que mi hijo o yo ya no somos elegibles para los Servicios de Salud y Bienestar, se hablará conmigo sobre los motivos y también se me dará un Aviso de Determinación de los Beneficios Adversos (NOABD) que explica estos motivos, e información sobre el proceso de apelación. Luego me darán



## Consentimiento para el Tratamiento

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **ID del Paciente** \_\_\_\_\_

remisiones a otros proveedores de servicios, según corresponda, que puedan cubrir mis necesidades o las de mi hijo.

### **Proveedores de Servicios**

Entiendo que los proveedores provienen de diferentes antecedentes educativos y profesionales y tienen una variedad de niveles de experiencia y acreditación, y que los proveedores solo prestan servicios permitidos por la ley para su educación, experiencia, profesión y acreditación específicas.

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo puede emplear a algunos profesionales no autorizados que están en el proceso de completar sus requisitos para la acreditación clínica, pero que están autorizados por ley para prestar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental autorizado. Entiendo que mi hijo o yo podemos recibir servicios de algunas de estas personas, las que se identificarán claramente, y el proveedor/Clínico que las supervisa. Entiendo que puedo llamar al Clínico autorizado que supervisa si tengo alguna pregunta sobre este arreglo.

### **Disponibilidad De Proveedores y Crisis/Emergencias**

Entiendo que los proveedores generalmente están disponibles durante el horario comercial habitual del Condado, que es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto durante los días festivos del Condado. Entiendo que algunos programas tienen diferentes horarios de disponibilidad. Para asuntos no urgentes fuera del horario de atención, entiendo que mi hijo o yo podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor (si tienen uno disponible) o con el servicio telefónico fuera del horario de atención de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo. Para situaciones urgentes o de crisis, mi hijo o yo podemos comunicarnos con: La Línea de Crisis de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo al: 1-800-838-1381.

Para emergencias, entiendo que mi familia o yo debemos llamar al 911.

### **Cambio de Clínico/Proveedor**

Entiendo que puedo pedir un cambio de proveedor de salud mental en cualquier momento completando un formulario de cambio de proveedor, que está disponible en todas las clínicas. Entiendo que pedir un cambio de proveedor no garantiza un cambio, y que puede haber problemas administrativos o de tratamiento importantes que no hagan posible el cambio.

Entiendo que un Supervisor o Administrador me dirá los motivos por los que el cambio no es posible.



## Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

### **Cargos y Facturación de Medi-Cal, Medicare o El Seguro**

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo me pedirá que dé mi información económica anualmente y que esta información se usará para calcular los cargos por servicios que sería responsable de pagar. Para los servicios de tratamiento por consumo de sustancias para beneficiarios de Drug Medi-Cal, se aceptará el financiamiento de Drug Medi-Cal como pago total.

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo le facturará a cualquier seguro privado antes de facturarle a Medicare o Medi-Cal. Entiendo que puedo consultar con mi seguro privado, trabajador social de Medicare o trabajador de elegibilidad de Medi-Cal si tengo alguna pregunta sobre mi cobertura, deducibles y copagos o los de mi hijo.

### **Otros Documentos Para Pacientes de Medi-Cal**

Entiendo que el Manual de la Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal o el Manual del Beneficiario del Condado para Servicios por el Trastorno por Consumo de Sustancias contiene información sobre los beneficios de Salud y Bienestar para los beneficiarios de Medi-Cal.

### **Quejas y Quejas Formales**

Entiendo que puedo presentar una queja o una queja formal si no estoy satisfecho con los servicios que recibamos mi hijo o yo de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados. Entiendo que mi hijo o yo no estaremos sujetos a ninguna multa por presentar una queja, queja formal o una apelación. Me ofrecieron una copia del documento de resolución de problemas, que explica cómo puedo presentar una queja, una queja formal o una apelación.

### **Quejas a La Junta de Acreditación**

Entiendo que la Junta de Ciencias del Comportamiento de California recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados en el ámbito de ejercicio de los Consejeros Clínicos Profesionales, Terapeutas Matrimoniales y Familiares, Psicólogos Educativos Autorizados y Trabajadores Sociales Clínicos. Entiendo que puedo comunicarme con la junta en línea en [www.bbs.ca.gov](http://www.bbs.ca.gov) o llamando al (916) 574-7830.



**Consentimiento para el Tratamiento**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **ID del Paciente** \_\_\_\_\_

**Consentimiento Informado**

Firmando, reconozco que entiendo la información incluida en este documento y acepto recibir, o que mi hijo reciba, Servicios de Salud y Bienestar de acuerdo con los términos descritos arriba.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

### **Autorización Para la Revelación de Información Médica y Otra Información Personal**

Firmando este formulario de abajo, permitirá que ciertas organizaciones e individuos usen y compartan su información médica y otra información personal para fines relacionados con su tratamiento y atención. Podrán compartir su información a través de un sistema registros médicos electrónicos mantenido por el Autoridad de Servicios de Salud Mental de California llamado SmartCare.

#### **1. ¿Quién compartirá mi información si firmo?**

Firmando, su información puede ser compartida por y con cualquiera de los siguientes que le prestan servicios a usted (sus proveedores) y que están conectados a SmartCare:

- Proveedores de atención médica, como médicos, hospitales y farmacias.
- Proveedores de salud mental y proveedores especializados en trastornos por consumo de sustancias.
- Proveedores escolares, como enfermeros, trabajadores sociales y consejeros.
- Agencias de atención médica de los condados de California.
- Proveedores de vivienda, es decir, organizaciones sin fines de lucro que ayudan a las personas a encontrar una casa.
- Cualquier cárcel o prisión que le preste servicios mientras esté encarcelado.
- Cualquier agencia de bienestar de menores que participe activamente en su caso o el de su hijo.

Sus proveedores también incluyen cualquier aseguradora médica que le dé cobertura (consulte la lista adjunta), incluyendo cualquiera de sus planes de salud mental.

#### **2. ¿Podrán usar y compartir mi información mis proveedores por algún motivo?**

No, sus proveedores solo pueden usar y compartir su información con fines limitados. Sus proveedores pueden usar y compartir su información para darle atención médica o conductual, para coordinar su atención, para determinar cuánto se debe pagar por los servicios que se le prestan o para mejorar la calidad de la atención.

#### **3. ¿Qué tipo de información sobre mí se puede compartir si firmo?**

Sus proveedores pueden compartir los siguientes tipos de información sobre usted:



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

- Información médica, como información sobre enfermedades, lesiones, tratamientos médicos, alergias, medicamentos, radiografías, análisis de sangre y su estado de VIH.
- Información de salud conductual, como cualquier condición de salud mental o trastornos por consumo de alcohol o drogas que pueda tener, que podría incluir información sobre su historia de consumo de sustancias y medicamentos, diagnósticos y resultados de pruebas de drogas.
- Información de servicios escolares, como un Programa de Educación Individualizado y cualquier registro de servicios médicos o de salud del comportamiento que presten en las escuelas.
- Información del servicio de vivienda que se lleva en un Sistema de Información para la Administración de Personas Sin Hogar, que describe los servicios prestados a algunas personas sin casa.
- Información sobre encarcelamiento, incluyendo, si está encarcelado, cuándo está programado que lo liberen.
- Registros de bienestar de menores, incluyendo cualquier plan de manutención o reunificación familiar.

#### **4. ¿Puedo obtener una lista de los proveedores que vieron mi información?**

Sí, puede obtener una lista de los proveedores que han recibido algunos tipos de su información comunicándose con Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al (805) 781-4724.

#### **5. ¿Pueden los proveedores que reciben mi información compartirla con otros?**

Sí, pero solo si lo permiten las leyes Estatales y Federales. En algunos casos, es posible que su información ya no esté sujeta a las leyes Federales de privacidad una vez que se comparta.

#### **6. ¿Cuándo vence mi consentimiento?**

Sus proveedores podrán acceder a su información por 10 años después de la fecha en la que firme, a menos que revoque su consentimiento antes.

#### **7. ¿Puedo cambiar de opinión y revocar mi consentimiento más adelante?**

Sí, tiene derecho a revocar este formulario en cualquier momento. Si quiere revocarlo, debe comunicarse con Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al (805) 781-4724. Si lo revoca, sus proveedores aún pueden conservar cualquier información que hayan recibido sobre usted antes de la fecha de revocación.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo  
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

**8. Si soy padre/madre o tutor, ¿puedo firmar en nombre de mi hijo?**

Sí, puede hacerlo incluyendo su nombre como representante legal de su hijo y firmando la última línea. Su hijo también debe firmar la primera línea si tiene más de 12 años. Si firma en nombre de un niño, el formulario caducará cuando su hijo cumpla 18 años.

**9. ¿Tengo que firmar esto?**

No, firmar este formulario es voluntario y negarse a firmarlo no tendrá efecto en su capacidad para obtener atención médica, seguro médico o cualquier beneficio del gobierno. Si no firma, algunos de sus proveedores aún pueden tener derecho a obtener parte de su información según la ley.

**10. ¿Puedo tener una copia de este formulario?**

Sí, tiene derecho a tener una copia de este formulario.

Firmando abajo, doy mi consentimiento para la revelación de mi información como se describe en este formulario. Además, incluyendo mi teléfono abajo, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas para comunicarse conmigo sobre mi consentimiento y cómo se puede compartir mi información (se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos).

**Información del Paciente**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Contacto \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono del Paciente \_\_\_\_\_

DNC

DNLM

Teléfono alt. del Paciente \_\_\_\_\_

DNC

DNLM

Dirección del Paciente  
\_\_\_\_\_



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo  
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

*Doy mi consentimiento para compartir información en todos los servicios en la red de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo.*

Sí

No

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

**Restricciones Identificadas Por el Paciente**

Miembros del Personal Restringidos

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

Información sobre cualquier otra restricción para compartir mis datos. Esto provocará que el director de Privacidad de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo haga una revisión. Esto no garantiza la restricción de estos datos como se especifica en el texto.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación Con el Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento Para Telesalud

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N.º de ID del Paciente \_\_\_\_\_

### Consentimiento Para Telesalud

Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

**Por este medio, acepto recibir servicios usando Telesalud y acepto que este es un modo aceptable de prestarme servicios relacionados con la atención médica según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto las siguientes declaraciones con respecto a la Telesalud:**

- Los servicios de Telesalud incluyen el uso de soluciones de videoconferencia para prestar servicios a un paciente por medio de telecomunicación electrónica interactiva de audio y video desde un lugar distante. Los servicios de Telesalud se consideran cara a cara porque el paciente está visualmente presente. Entiendo que mi proveedor no estará físicamente en mi presencia.
- Me prestarán servicios de Telesalud con fines de evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento.
- El proveedor tratante que hace el examen o tratamiento mantendrá un registro de la consulta en mi expediente electrónico de atención médica.
- Toda la información de la que se hable por medio de Telesalud se mantiene con los mismos estándares de privacidad que la de una cita en persona.
- En caso de que por cualquier motivo no me sienta cómodo usando Telesalud para tener mis sesiones de tratamiento, tengo derecho a retirar el consentimiento para los servicios de Telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios futuros del programa a los que de otro modo tendría derecho.
- Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la Telesalud, incluyendo, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, vulneración o violación de la



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento Para Telesalud

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N.º de ID del Paciente \_\_\_\_\_

confidencialidad por personas no autorizadas o capacidad limitada para responder a emergencias.

- Si uso mi dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información médica que pueda almacenarse en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- Toda la información revelada en las sesiones y los registros por escrito relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden revelarse a nadie sin una autorización por escrito, excepto cuando la ley permita o exija la revelación. Se puede permitir la grabación de audio/video con un consentimiento por escrito por separado. Dichas grabaciones son solo para fines de capacitación del personal, no forman parte del expediente médico y se destruyen después del uso previsto.
- Aunque es posible que mi proveedor deba comunicarse con mi contacto de emergencia o las autoridades correspondientes en una emergencia, entiendo que mi proveedor no me podrá dar asistencia de emergencia en persona si tengo una crisis durante una sesión de Telesalud.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación Con el Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

### Consentimiento Para la Comunicación Por Correo Electrónico

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N.º de ID del Paciente \_\_\_\_\_

**Por este medio, acepto recibir correos electrónicos del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados de salud mental y proveedores especializados en trastornos por consumo de sustancias para cualquier propósito relacionado con mi tratamiento, la coordinación de mi atención o el reembolso por mi atención, de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento. Reconozco y entiendo que:**

- Si mi dirección de correo electrónico cambia, debo avisar al Condado de San Luis Obispo tan pronto como sea posible. Entiendo que, si no aviso al Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando correos electrónicos a mi dirección anterior según este consentimiento, lo que puede tener como consecuencia una vulneración de la confidencialidad.
- Cuando uso mi dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información médica que pueda estar almacenada en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- El correo electrónico no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden asegurarse de leer o responder un mensaje en particular en un período de tiempo específico.
- El correo electrónico no es inherentemente seguro y puede ser interceptado por un tercero. Los proveedores usarán medios razonables para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información que se envía y recibe por medio de correo electrónico. Los proveedores y el Condado de San Luis Obispo no son responsables de ninguna vulneración de la confidencialidad causada por el paciente o un tercero.
- Los mensajes de correo electrónico que envíen se tratarán como información confidencial y pueden incluirse en mi expediente médico.
- Dependiendo del servicio que use para los correos electrónicos, es posible que los mensajes enviados no estén encriptados y, por lo tanto, podrían ser potencialmente interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar correos electrónicos.
- No tengo la obligación de comunicarme con el Condado de San Luis Obispo o mis proveedores por correo electrónico, y si tengo alguna preocupación sobre comunicarme por correo electrónico, no debo hacerlo.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo  
Consentimiento Para la Comunicación Por Correo Electrónico

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ N.º de ID del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

### Consentimiento para comunicación por mensaje de texto

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ N.º de ID del cliente: \_\_\_\_\_

#### **Por la presente acepto recibir comunicaciones a través de mensajes de texto (SMS) según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo que:**

- Si mi número de teléfono cambia, debo informar al Condado de San Luis Obispo lo antes posible. Entiendo que si no informo al Condado de San Luis Obispo, los proveedores pueden continuar enviando mensajes de texto a mi número anterior de acuerdo con este consentimiento, lo que puede resultar en una violación de la confidencialidad.
- Cuando uso mi propio dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de la información de mi salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- Enviar mensajes de texto no es apropiado en caso de situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden asegurarse de leer o responder un mensaje en particular en un período de tiempo específico.
- Los proveedores usarán medios razonables para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información de texto enviada y recibida. Los proveedores y el Condado de San Luis Obispo no son responsables de ninguna violación de confidencialidad causada por el cliente o cualquier tercero.
- Es posible que mi proveedor de telefonía celular me cobre tarifas por el envío y la recepción de mensajes de texto.
- Tengo derecho a optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquier mensaje que reciba del Condado de San Luis Obispo o de mi proveedor.
- Dependiendo del servicio que use para enviar mensajes de texto, es posible que los mensajes enviados no estén cifrados y, por lo tanto, podrían ser interceptados por otras personas, y acepto ese riesgo al enviar mensajes de texto.
- No tengo ninguna obligación de comunicarme con el Condado de San Luis Obispo o mis proveedores a través de mensajes de texto, y si tengo alguna inquietud sobre la comunicación a través de mensajes de texto, no debo hacerlo.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**General**

**Autorización para la revelación de información médica protegida**

Al firmar este formulario a continuación, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a una o más personas para los fines especificados en este formulario. Si estoy de acuerdo, entiendo que esto puede incluir información sobre cualquier tratamiento para el trastorno por uso de sustancias que haya recibido.

**Revelar a/Obtener de**

Nombre u otra identificación específica de las personas autorizadas a recibir/hacer el uso o revelación solicitados.

Organización/Proveedor     Contacto     Revelar a     Obtener de

Revelar a/Obtener de \_\_\_\_\_

**Objetivo de la revelación**

Procesar reclamos de seguros/de terceros     Coordinación de la atención  
 Mejora de la calidad     Otro \_\_\_\_\_

**Método de entrega preferido**

Papel     Correo electrónico encriptado     Correo electrónico no encriptado  
 Fax     USB encriptado     Entrega/Recogida en persona  
 Otro: \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

**Vencimiento**

Si no hay nada marcado, la autorización caducará un (1) año a partir de la fecha de firma. Si desea especificar una fecha de vencimiento diferente, hágalo seleccionando una de las opciones a continuación o utilizando el cuadro "fecha de finalización" a continuación.

Revelación por 1 vez     6 meses     Fin del tratamiento por la agencia

**Fecha de inicio** \_\_\_\_\_    **Fecha de finalización** \_\_\_\_\_

**Información que se va a usar o divulgar**

La información que se puede revelar según esta autorización incluye lo siguiente, si está disponible

Tipo:     General     MH     SUD

Todo registro     Reconocimiento de tratamiento     Medicamentos recetados

Información de las facturas o del seguro     Información de admisión/ingreso

Informes de evaluaciones psicológicas     Resumen/plan del alta

Revisión/Resumen del progreso     Evaluación(es) de detección

Expedientes escolares/Informes/IEP     Plan de tratamiento     Notas progreso

Historia médica, resultados de laboratorio, registros de vacunación

Otro \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de registros \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de registros \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

**Restricciones**

---

---

---

**Términos**

**Entiendo que:**

- Según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, sólo se puede divulgar la información especificada.
- Los destinatarios de mi información pueden revelarla a otros. Entiendo que, en algunos casos, es posible que mi información ya no esté sujeta a las leyes de privacidad una vez que se divulgue.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no se aplicará a la información que haya sido divulgada previamente.
- Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma.
- Esta autorización es voluntaria y negarme a firmarla no afectará mi capacidad para obtener atención médica, seguro médico o cualquier beneficio gubernamental. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con este documento.
- Tengo derecho a una copia de este formulario.

**Firma en nombre de un menor**

- Entiendo que, si firmo este formulario en nombre de un menor, debo incluir mi nombre como “representante legal” de mi hijo y que debo firmar este formulario. Si mi hijo tiene 12 años o más, mi hijo también debe firmar

**Al firmar, autorizo la divulgación como se describe anteriormente.**



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**Información de contacto de la agencia**

Programa \_\_\_\_\_ A la atención de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Se le dio una copia al paciente  Sí  Rechazó la copia

Personal de la agencia \_\_\_\_\_

Id. verificada por:  Licencia de conducir  Otra identificación con foto  
 Conocido por la agencia

**Información sobre el tratamiento del VIH/SIDA y el abuso de sustancias -**

La información sobre el estado del VIH/SIDA y el tratamiento por abuso de sustancias no se divulgará sin su permiso específico. ¿Autoriza estas divulgaciones de información a la persona/organización mencionada anteriormente?

**Abuso de Alcohol/Drogas:**

Autorizo la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

**PROHÍBO** la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

**VIH/SIDA/Enfermedades de transmisión sexual/Enfermedades contagiosas**

Autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

**PROHÍBO** la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo  
**Revelación De Información Entre Varias Partes**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**General**

Al firmar este formulario a continuación, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a una o más personas para los fines especificados en este formulario. Si estoy de acuerdo, entiendo que esto puede incluir información sobre cualquier tratamiento para el trastorno por uso de sustancias que haya recibido.

**Revelar a/Obtener de**

Nombre u otra identificación específica de las personas autorizadas para recibir/hacer el uso o la revelación solicitados.

Revelar a                       Obtener de

Escriba sus iniciales para indicar a quién podemos revelar su información o de quién podemos obtenerla:			
	Abogado del Condado de SLO		Libertad Condicional/Parole
	Oficina del Fiscal de Distrito del Condado de SLO		Farmacia
	Personal de Custodia de la Cárcel del Condado de SLO		Probación
	Sheriff del Condado de SLO (alguacil)		Escuela
	Tribunal Superior del Condado de SLO		Fiscalía Municipal de SLO
	Servicios Sociales del Condado de SLO		Departamento de Policía de SLO
	Abogado(s):		Ambientes de Vida Sobrios
	Coalición de Cinco Ciudades Para Personas Sin Hogar		Asociación de Salud Mental de Transición
	CAPSLO Direct SVCS/Educación Para Padres		Centro Regional Tri-Counties
	Defensores Especiales Designados Por el Tribunal (CASA)		Oficial de servicio de Veteranos
	Miembros de Familia (especifique):		Otro:
	Padre Adoptivo		Otro:



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo  
Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**Objetivo de la Revelación**

Coordinación de la Atención  Otro \_\_\_\_\_

**Método de entrega preferido**

Papel  Correo electrónico encriptado  Correo electrónico no encriptado

Fax  USB encriptado  Entrega/Recogida en persona

Otro: \_\_\_\_\_

**Vencimiento**

Si no hay nada marcado, la autorización caducará un (1) año a partir de la fecha de firma. Si desea especificar una fecha de vencimiento diferente, hágalo seleccionando una de las opciones a continuación.

Revelación por única vez  6 meses  Un (1) año

**Fecha de Inicio** \_\_\_\_\_

**Fecha de Finalización** \_\_\_\_\_

**Información que se va a usar o revelar**

La información que se puede revelar según esta autorización incluye lo siguiente, si está disponible

Tipo:  Salud mental (MH)  Trastorno por abuso de sustancias (SUD)  MH y SUD

Todos los registros  Aceptación del tratamiento

Registros escolares/informes/IEP  Información de admisión/hospitalización

Informes de evaluaciones psicológicas  Medicamentos recetados

Resumen/plan del alta  Revisión/resumen del progreso

Evaluaciones de selección  Planes de tratamiento

Notas sobre el progreso  Otro \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo  
**Revelación De Información Entre Varias Partes**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

Historial médico, resultados de laboratorio, registros de vacunación

Fecha de inicio de registros \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de registros \_\_\_\_\_

**Restricciones:**

---

---

**Términos**

**Entiendo que:**

- Según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, sólo se puede divulgar la información especificada.
- Los destinatarios de mi información pueden revelarla a otros. Entiendo que, en algunos casos, es posible que mi información ya no esté sujeta a las leyes de privacidad una vez que se divulgue.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no se aplicará a la información que haya sido divulgada previamente.
- Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma.
- Esta autorización es voluntaria y negarme a firmarla no afectará mi capacidad para obtener atención médica, seguro médico o cualquier beneficio gubernamental. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con este documento.
- Tengo derecho a una copia de este formulario



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo  
Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**Firma en Nombre de un Menor:**

Entiendo que si firmo este formulario en nombre de un menor, debo incluir mi nombre como "representante legal" de mi hijo y que debo firmar este formulario. Si mi hijo tiene 12 años o más, mi hijo también debe firmar.

**Al firmar, autorizo la divulgación como se describe anteriormente.**

**Información de Contacto de la Agencia**

Información Central Médica del Condado de San Luis Obispo al **805-781-4724**

Programa \_\_\_\_\_ A la atención de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Copia Entregada al Cliente  Sí  Declinó una copia

Personal de la Agencia \_\_\_\_\_

ID verificada por  Licencia de Conducir  Otra ID con foto

Conocido Por La Agencia

**Información sobre el tratamiento del VIH/SIDA y el abuso de sustancias -**

La información sobre el estado del VIH/SIDA y el tratamiento por abuso de sustancias no se divulgará sin su permiso específico. ¿Autoriza estas divulgaciones de información a la persona/organización mencionada anteriormente?



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo  
**Revelación De Información Entre Varias Partes**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**Abuso de Alcohol/Drogas:**

Autorizo la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

**PROHÍBO** la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

**VIH/SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual/Enfermedades Contagiosas**

Autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

**PROHÍBO** la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

Firma de Cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor/  
Representante Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Firma del personal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

### Acuerdo de Admisión Para el Tratamiento Para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de Id. del Cliente \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO PARA PACIENTES AMBULATORIOS DE LOS SERVICIOS DE DROGAS Y ALCOHOL Acuerdo de Admisión

San Luis Obispo Clinic  
2180 Johnson Ave  
San Luis Obispo, CA 93401  
(805) 781-4275

Grover Beach Clinic  
1523 Longbranch Ave  
Grover Beach, CA 93433  
(805) 473-7080

Atascadero Clinic  
3556 El Camino Real  
Atascadero, CA 93422  
(805) 461-6080

Paso Robles Clinic  
805 E. 4<sup>th</sup> Street  
Paso Robles, CA 93446  
(805) 226-3200

South Street Youth Clinic  
277 South St Suite T  
San Luis Obispo, CA 93401  
(805) 781-4754

Al firmar este Acuerdo de Admisión, confirmo mi participación voluntaria en los servicios ambulatorios de trastornos por consumo de sustancias (SUD) mediante el Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol. Al inscribirme en el programa del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol, acepto participar asistiendo a las citas según lo programado y siguiendo las expectativas del programa que se indican abajo.

#### Servicios que se Prestarán:

La duración y la frecuencia de los Servicios del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol se basan en las necesidades del cliente, y suelen incluir citas semanales. Las citas periódicas incluirán uno o más de los servicios que se indican abajo:

- Evaluación
- Orientación individual
- Orientación grupal
- Educación
- Sesiones familiares
- Coordinación de la atención
- Análisis de drogas en orina
- Manejo de la abstinencia (WM)
- Tratamiento asistido por medicamentos (MAT)
- Planificación para dar de alta

**Horario del Programa:**

Los clientes inscritos en el programa del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol trabajarán con su Especialista/Clínico para programar la orientación individual y para identificar las horas de reunión de la orientación grupal. Los horarios de los grupos están predeterminados y se dará un horario a las personas para que determinen a qué horas pueden asistir. Cualquier falta a una cita sin previo aviso se considerará una "ausencia" y se documentará en el expediente del cliente. Los servicios de tratamiento pueden ser presenciales en la clínica, por teléfono o por telesalud. Algunos servicios, como la coordinación de la atención, pueden prestarse en la comunidad.

**Pago por los Servicios:**

Hay un cargo por cada servicio que reciba del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol. Esto incluye su primera visita con un Especialista/Clínico, los servicios prestados por teléfono y todas las demás citas programadas. Para los servicios de Tratamiento por Consumo de Sustancias para Beneficiarios de Drug Medi-Cal, se aceptará el financiamiento de Drug Medi-Cal como pago total.

Cualquier cambio en su situación económica/de seguro deberá informarse al personal del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol lo antes posible. Para garantizar el pago exitoso de sus servicios, haga lo siguiente:

- Traiga su tarjeta de identificación del seguro Medi-Cal a la primera cita;
- Dé una Prueba de Elegibilidad según lo solicite el personal del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol para cualquier mes en el que reciba servicios de tratamiento;
- Si no tiene Medi-Cal durante algún mes, informe inmediatamente al personal del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol; y
- Si corresponde, presente al personal del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol la documentación sobre la participación en los costos;
- Informe al personal de cualquier otro seguro médico que pueda tener.

Las personas con cobertura de Seguro Privado serán remitidas a otro proveedor de SUD. El programa puede ayudar a las personas que necesiten ayuda para solicitar la cobertura de Medi-Cal.

**Reembolsos:**

Los servicios se facturan a Medi-Cal. Dado que el programa no acepta pagos de particulares, no se aplican reembolsos a los clientes.

**Recurrencia al consumo:**

Todos los programas de calidad para el tratamiento del consumo de sustancias emplearán algún tipo de prueba como parte del protocolo para pacientes ambulatorios. La razón de las pruebas es ayudar en la recuperación dando responsabilidad personal al cliente. Si hubiese

una recaída, sabemos que es mejor tratarla lo antes posible y así aprender del caso y hacer los cambios necesarios. Al exigir pruebas, el cliente sabrá que no tiene sentido intentar ocultar lo ocurrido y se fomenta la honestidad. Además, puede motivar a la persona ver los resultados tangibles de su éxito, como demuestran los resultados negativos constantes de las pruebas. Algunos clientes nos han dicho que el hecho de saber que se les hará una prueba al azar ha marcado la diferencia en momentos en que podían recaer.

Para las personas que reciben MAT, todos los resultados de las pruebas de detección de drogas se compartirán con el médico que receta los medicamentos. El incumplimiento de los medicamentos recetados se tratará de forma individual con el médico que receta según lo acordado en el acuerdo de consentimiento para tomar medicamentos.

*Si corre el riesgo de sufrir una recaída porque experimenta factores desencadenantes o un fuerte deseo de consumir drogas o alcohol, le recomendamos que use el plan de prevención de recaídas que ha desarrollado durante el tratamiento. Comuníquese con las personas que lo apoyan en su vida y póngase en contacto con su Especialista/Profesional Clínico lo antes posible. Si es fuera del horario laboral o durante el fin de semana, llame al número de teléfono gratis en caso de crisis de los Servicios de Salud y Bienestar del Condado al: (800) 838-1381.*

Si una persona sufre una recaída durante el tratamiento, es importante que se comunique de inmediato con su Especialista/Profesional Clínico. Su Especialista puede ayudarle durante una sesión de orientación individual para que comprenda las circunstancias que llevaron a la recaída. Esto se denomina Análisis de la Recaída. Según las necesidades de cada persona, el programa puede hablar de un Acuerdo de Intervención Conductual, un contrato en el que se pide al cliente que cumpla medidas específicas para que pueda cumplir con su Plan de Tratamiento y para darle la atención más segura posible. También podemos ayudarle con otras medidas que podrían ser necesarias para usted en caso de que haya otras agencias involucradas en su tratamiento como Libertad Condicional (Probación), Libertad bajo Palabra (Parole) o Servicios de Bienestar Infantil. Ser honesto sobre la recaída es el mejor enfoque para que las distintas personas que participan en su atención puedan apoyarle adecuadamente.

### **Asistir a los Servicios Bajo los Efectos del Alcohol o Drogas:**

Todos los centros del Tratamiento para pacientes ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol son entornos libres de drogas y alcohol. Los clientes aceptan no asistir a los servicios mientras se encuentren bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Si el personal determina que un cliente está bajo los efectos de estas sustancias, se aplicarán las siguientes medidas:

- Se pedirá al cliente que abandone las sesiones de grupo para reunirse individualmente con un consejero;
- Se evaluará la seguridad y se podrá avisar al Contacto de Emergencia o tutor legal;
- Se podrá pedir al cliente que abandone el centro;

- Si corresponde, se le confiscarán las llaves del auto y se le dará apoyo a la persona para que consiga un transporte seguro;
- Si conduce bajo los efectos del alcohol, se llamará a las fuerzas del orden; y
- Se puede pedir al cliente que acepte seguir un Acuerdo de Intervención Conductual antes de volver al programa.

### **Terminación:**

El programa del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol tiene el derecho de terminar los servicios para cualquier persona que no cumpla los requisitos del programa. Las razones para la terminación pueden incluir las siguientes, entre otras:

- Cualquier forma de violencia, amenazas de violencia o destrucción de propiedad o infringir la ley mientras esté en el centro.
- Tener cualquier tipo de arma.
- Usar lenguaje verbalmente abusivo.
- Tener drogas/alcohol/medicamentos con receta obtenidos ilegalmente mientras esté en el centro.
- La falta persistente de asistencia a las sesiones del programa.
- La alteración de una prueba de drogas o uso de un dispositivo para hacer trampa.
- El robo de cualquier propiedad del programa o propiedad de otro cliente.
- No adherirse a las reglas del programa, su plan de tratamiento o cualquier otra condición.

Antes de la terminación, o en el caso de conductas que provoquen la terminación inmediata, las personas recibirán un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD).

### **Derechos de los Clientes:**

Todos los clientes que reciben servicios del Tratamiento para Pacientes Ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol tienen los siguientes derechos de recibir servicios de calidad sin discriminación:

- Recibir los servicios médicamente necesarios.
- Confidencialidad y privacidad previsto en HIPAA y el Título 42, Código del Código Federal de Regulaciones, Parte 2.
- Confidencialidad y privacidad.
- Ser tratados con respeto personal y dignidad.
- Un entorno de tratamiento seguro y cómodo.
- No ser víctima de abusos verbales, emocionales, físicos ni sexuales.
- No sufrir discriminación por motivos étnicos, religiosos, de edad, sexo, raza, orientación sexual o discapacidad.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento y los servicios de un modo que pueda comprender.
- Tener un intérprete oral gratis cuando lo necesite.

- Participar en las decisiones sobre su atención médica, incluyendo el derecho a rechazar el tratamiento.
- Recibir una copia de su expediente médico y pedirnos que lo modifiquemos (corrijamos) o que le permitamos agregar información.
- Recibir una copia del Manual del Beneficiario, que describe nuestros servicios y sus derechos.
- Recibir materiales en otros formatos (letra grande, audio u otro idioma) si lo solicita en un plazo de 5 días laborables.
- Recibir servicios nuestros que cumplan los requisitos de nuestro contrato con el Estado y de la ley.
- Presentar una Queja Formal, verbalmente o por escrito, sobre nosotros o sobre la atención que recibe.
- Presentar una Apelación, verbalmente o por escrito, cuando le demos un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios.
- Solicitar una Audiencia Estatal Imparcial o una Audiencia Estatal Imparcial acelerada si no estamos de acuerdo con su Apelación.
- Solicitarnos una segunda opinión sin costo alguno para usted.
- No sufrir ninguna forma de restricción o reclusión que pueda usarse para coaccionarlo, disciplinarlo o tomar represalias contra usted de cualquier manera.
- Acceder a los Servicios de Consentimiento de Menores, si es usted menor de edad.
- Poder hacer uso de estos derechos sin miedo a que tomemos represalias o cambiemos la forma en que le tratamos.
- Tomar medicamentos recetados por un profesional médico autorizado para trastornos médicos, de salud mental o por consumo de sustancias.

Estamos obligados a:

- Asegurarnos de que le demos información sobre nuestros servicios.
- Tener suficiente personal o proveedores para asegurarnos de que reciba los servicios tan pronto como los necesite.
- Organizar o pagar los servicios médicamente necesarios para usted si no tenemos un proveedor dentro de nuestra red para tratarlo. Los servicios fuera de la red son gratis para usted.
- Asegurarnos de que nuestros proveedores estén calificados para tratarlo.
- Asegurarnos de que le prestemos tipos y cantidades de servicios suficientes durante el tiempo necesario para cubrir sus necesidades.
- Asegurarnos de que evaluemos plenamente sus necesidades.
- Coordinar los servicios que le prestamos con sus otros proveedores (su Médico u otros servicios de la comunidad).
- Tener servicios de urgencia/ crisis disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, cuando los necesite.
- Prestar servicios que respeten las diferencias culturales y del idioma, y las necesidades de todos los residentes del Condado de San Luis Obispo.
- Asegurarnos de que nunca tomemos represalias ni cobremos sus servicios porque usted

haya defendido sus derechos.

Estamos obligados a cumplir otras leyes estatales y federales, incluyendo, entre otras:

- Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, tal y como se aplica en las reglamentaciones de 45 CFR parte 80
- Ley de Discriminación por Edad de 1975; 45 CFR parte 91
- Ley de Rehabilitación de 1973
- Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Para presentar una queja o queja formal, comuníquese con el Defensor de los Derechos del Paciente del Condado de San Luis Obispo:

Patients' Rights Advocate  
Behavioral Health Services  
2180 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, CA 93401  
Teléfono: (805) 781-4738  
Fax: (805) 781-1232

Para presentar una queja directamente ante el Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services):

Department of Health Care Services  
Licensing and Certification Division  
P.O. Box 997413, MS 2601  
Sacramento, CA 95899-7413  
Teléfono: (877) 685-8333  
Fax: (916) 440-5094

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en:

- <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
- Por correo o por teléfono en:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue  
SW Room 509F  
HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD)
- Los formularios para presentar una queja están disponibles en:

Para solicitar una Audiencia Estatal Imparcial con el Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services):

- Escriba a:  
State Hearings Division  
California Department of Social Services  
P.O. Box 944243, Mail Station 19-3  
Sacramento, CA 94244-2430
- Llame al:  
1 (800) 952-5253 o 1 (800) 952-8349 (TDD)

**Condiciones en las que se puede terminar el acuerdo:**

- Este acuerdo se terminará en caso de que se suspenda o revoque la certificación por parte del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) para el programa del Tratamiento para pacientes ambulatorios de los Servicios de Drogas y Alcohol.
- Este acuerdo se terminará automáticamente si fallece un cliente que recibe servicios.

Al firmar abajo, acepto los términos descritos en este Acuerdo de admisión.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Personal: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## AGENCIA DE SALUD DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

### DEPARTAMENTO DE SALUD Y BIENESTAR

#### EXPLICACIÓN Y ACUERDO DE COSTOS CON EL PACIENTE

Su proveedor le explicará el costo de los servicios. En algunos casos, debe pagar un cargo razonable por los servicios que recibe. Comuníquese con su proveedor o con la oficina de Facturación al (805) 781-4702 de inmediato si:

- Usted no puede pagar sus cargos
- Sus ingresos/la cantidad de personas dependientes de sus ingresos cambian
- Obtiene (o pierde) un seguro privado
- **Obtiene (o pierde) Medi-Cal**

#### **Medi-Cal completo (puede incluir Medi-Medi)**

Aceptamos Medi-Cal completo (Full Scope Medi-Cal) como pago total si **sigue siendo elegible**. Si pierde su Medi-Cal, debe pagar por los servicios. Avise a su proveedor lo antes posible para que podamos ayudarle a recuperar su Medi-Cal o establecer los cargos.

#### **Otras fuentes de financiamiento (8500)**

Referimientos del Condado: AB109, Probación, Corte Superior, Departamento de Servicios Sociales (Department of Social Services, DSS), Servicios de Bienestar de Menores, Corte de Tratamiento Familiar, Servicios de Tratamiento para Jóvenes, referimientos escolares y referimientos del Programa de Conducción Bajo la Influencia (DUI). Los Servicios de Prevención y Tratamiento de Alcohol y Drogas reciben dinero de subvenciones o son contratados por otras agencias para prestar servicios sin costo alguno para usted mientras esté inscrito en programas específicos. Si también tiene Medi-Cal en San Luis Obispo, se facturará primero a Medi-Cal.

#### **Medi-Cal Costo Compartido (SOC) (puede incluir Medi-Medi)**

Algunos tipos de Medi-Cal tienen un costo compartido mensual que debe pagar antes de que Medi-Cal cubra el costo del tratamiento. Los servicios que recibe de cada proveedor se aplican a su costo compartido. Llame a la oficina de Facturación al 781-4702 para obtener información sobre cómo le ayudamos con su costo compartido o hable con su técnico de elegibilidad en el Departamento de Servicios Sociales para ver si califica para Medi-Cal Completo, que no tiene costo compartido.

Su costo compartido mensual es: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Paciente: \_\_\_\_\_

Acuerdo de costos de BH 3.20.25

**Tenga en cuenta que los costos de transportación no están cubiertos por UMDAP y es su responsabilidad pagar cualquier otro costo de transporte no cubierto.**

**☐ Medi-Cal Restringido/Emergencia**

Medi-Cal restringido o de emergencia solo por ciertos servicios de emergencias. Su proveedor completará un UMDAP con usted para determinar su responsabilidad por el costo de los otros servicios que recibirá.

**☐ Medicare solo u Otros Seguros Privados**

Medicare o seguros privados pueden pagar una parte del costo de su tratamiento. Su proveedor completará un UMDAP con usted para determinar su responsabilidad por el costo de los otros servicios que recibirá. Por favor, esté seguro de que recibamos una copia de ambos lados de su tarjeta de Medicare o seguro privado.

**☐ Ninguna Fuente de financiación conocido/Pago por Usted Mismo**

Su proveedor completará un UMDAP con usted para determinar su responsabilidad por el costo de los otros servicios que reciba.

El período anual comienza \_\_\_\_\_ termina: \_\_\_\_\_

Mi firma de abajo confirma mi comprensión del costo de los servicios.

Firma del paciente o persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Número de Paciente: \_\_\_\_\_

Acuerdo de costos de BH 3.20.25