

**CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

*Tenga en cuenta: La información proporcionada se basa en la persona que está siendo atendida. Si es padre o tutor, utilice la información de su hijo.*

Apellido:		Nombre de pila:			
Segundo nombre / Inicial:		Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Correo electrónico:		Teléfono de casa:		Teléfono móvil:	
Dirección física:					
Código postal:		Eres un veterano:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Género:	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> No binario	Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> No binario
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Actualmente casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo					
Contacto de emergencia:			Teléfono de contacto de emergencia:		
Dirección de contacto de emergencia:					
¿Está consultando actualmente a un médico de atención primaria? En caso afirmativo, ¿a quién?					
¿Le gustaría que nos comuniquemos con su Médico de Atención Primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ***Si es así, solicite un formulario de divulgación de información en la recepción***					

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR RECORDATORIOS DE CITA POR TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO**

Doy permiso al Central Utah Counseling Center (CUCC) para enviar recordatorios de citas a la siguiente dirección de correo electrónico o número de teléfono celular.

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

Número de móvil para mensajes de texto: \_\_\_\_\_

¿Prefiere recibir recordatorios de citas por (marque todos los que correspondan):  Correo electrónico  Texto  Ambos  Ninguno

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Seguro de cobertura primaria	Seguro de cobertura secundaria
Dirección del seguro	Dirección del seguro
Código postal	Código postal
Relación del asegurado con el cliente	Relación del asegurado con el cliente
Numero de seguro	Numero de seguro
Nombre del titular de la póliza/fecha de nacimiento	Nombre del titular de la póliza/fecha de nacimiento
Dirección del titular de la póliza	Dirección del titular de la póliza
Titular de la póliza Código postal	Titular de la póliza Código postal

**CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH**

**Formulario de descuento de copago**  
**\*\*\*Tenga en cuenta: TODOS los copagos vencen al momento del servicio\*\*\***

I, \_\_\_\_\_, Por la presente juro que mis ingresos familiares totales actuales son los siguientes

**INFORMACIÓN FINANCIERA (si el cliente es menor de edad utilice la información de los tutores)**

<p align="center"><b>Tipo de empleo</b> (por favor marque uno)</p> <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal	<p align="center"><b>Fuente primaria de ingresos</b></p> <input type="checkbox"/> Incapacidad/Compensación Laboral <input type="checkbox"/> Empleo legal: sueldos y salarios <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Bienestar/Asistencia Pública	<p align="center"><b>Fuentes de ingresos,</b> por favor revisa todo eso <b>aplicar</b></p> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge
--	---	--

Por favor indique el total de su hogar Ingreso mensual bruto (antes de impuestos):\$ _____	Por favor indique el número de familia. miembros que dependen de su Ingresos del hogar: Adultos _____ Niños: _____
---	--

Mi salario:\$ _____	El salario de mi cónyuge:\$ _____	Otros ingresos:\$ _____
---------------------	-----------------------------------	-------------------------

Por favor indique el nombre de sus empleadores: _____	Por favor indique la dirección de sus empleadores: _____
---	--

<p><b>Garantizo que la información financiera anterior es correcta. Entiendo que debo notificar al Centro inmediatamente si hay un cambio en mi situación financiera y/o de pago. Autorizo al Central Utah Counseling Center a intercambiar información pertinente con cualquier beneficiario de quien sea elegible para cobrar. Asigno los beneficios del seguro directamente al Centro. Además, yo, el abajo firmante, acepto pagar el monto del copago que se detalla a continuación por servicio en el momento de cada servicio.</b></p>	<p><b>Nombre del Responsable si es diferente al Cliente:</b></p> _____ <p><b>Fecha de nacimiento:</b> _____</p> <p><b>DIRECCIÓN:</b> _____</p> <p><b>Teléfono:</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Firma del solicitante, padre u otra parte responsable Fecha</b></p>
--	--

**\*\*\*\*\*SOLO PARA USO DE OFICINA\*\*\*\*\***

Monto de copago (si corresponde) tomado de la parte de salud mental de la tarjeta de seguro del programa de copagos	ps _____
Monto de copago reducido a este monto por servicio	ps _____

**Solicitud de descuento de copago (terapeuta)**  
 Describa las razones por las que el copago estándar puede crear dificultades financieras:

Alto costo de medicamentos/copagos

Costos médicos

Familiar discapacitado que requiere servicios especiales

Deuda significativa directamente relacionada con enfermedades mentales graves

Otros (especificar)

\_\_\_\_\_  
 Firma del líder del equipo para el ajuste del copago

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Años de educación completados:

¿Está actualmente matriculado en algún tipo de educación?  Sí  No

¿Cuál es su situación de vivienda actual?  Residencia privada - dependiente  Residencia privada - independiente  Atención residencial las 24 horas  Hogar de acogida para adultos o niños  Entorno institucional  Cárcel o centro correccional  En la calle/refugio para personas sin hogar

¿Cuál es tu situación laboral?  Discapacitado, no en la fuerza laboral  Empleado a tiempo completo (35 horas o más)  Empleado a tiempo parcial (35 horas o menos)  Ama de casa  Jubilado  Estudiante  Empleo con apoyo/de transición  Desempleado, NO buscando trabajo  Desempleado, buscando trabajo

**Seleccione la(s) opción(es) que reflejen su uso de nicotina/tabaco:**

Nunca fumé/vapeé  Ex fumador/usuario de cigarrillos electrónicos  Fumador actual/usuario de cigarrillos electrónicos  Fumador actual/usuario de cigarrillos electrónicos algún día  Usuario de nicotina sin humo (es decir, tabaco de mascar, snus, rapé, bolsas de nicotina, etc.)  Otro (por favor

**Edad del primer uso:**

¿Cuál es su raza?  Blanco  Nativo de Alaska  Indio americano  Asiático  Negro/afroamericano  Hawaiano/isleño del Pacífico  Otra carrera única  Dos o más carreras

¿Cuál es tu etnia?  No de origen hispano  Cubano  Mexicano  Otro  Puertorriqueño

¿Ha sido arrestado en los últimos 30 días?  Sí  No

**Por favor indique el tratamiento previo de salud mental y/o uso de sustancias y la(s) ubicación(es), fecha(s) y tipo(s):**

Paciente externo:

Paciente interno:

¿Es esta la primera vez que lo ven en el Centro de Consejería de Central Utah?  Sí  No

Servicios de salud mental previos en cualquier lugar:  Sí  No

¿Ha recibido algún servicio de salud mental para pacientes internados en el Hospital Estatal de Utah?  Sí  No

¿Qué idiomas hablas?

**Quién lo refirió a CUCC:**  Proveedor de atención para el abuso de alcohol y drogas  Clero

DCFS \*Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_

División de Servicios de la Fuerza Laboral  DSPD  Empleador/EAP  Familiar o Amigo  Referencia Judicial  Proveedor de Salud Mental

Otra referencia comunitaria  Otro proveedor de atención médica  Escuela  Uno mismo

**¿Está actualmente involucrado con:**

Libertad condicional o libertad condicional  DCFS  Programa del Tribunal de Drogas para Adultos

Otro \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE SALUD DEL CLIENTE**

Por favor marque cualquier prueba positiva que haya tenido para estas enfermedades:  Tuberculosis (TB)  Enfermedad de transmisión sexual  Hepatitis  SIDA/VIH

¿Alguien le ha dicho que tiene o está en riesgo de padecer las enfermedades mencionadas anteriormente y le ha recomendado pruebas o tratamiento?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿qué enfermedades?

¿Historia de intento(s) de suicidio?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuándo/cómo?

¿Tiene alguna alergia a medicamentos/reacciones negativas a medicamentos?  Sí  No

¿Cómo calificaría su salud actual?  Excelente  Buena  Regular  Mala

¿Tiene alguna necesidad que requiera adaptación? Por favor explique:

**Por favor marque cualquier problema/síntoma que haya tenido:**

- Asma/Problemas pulmonares
- Trastorno de la sangre
- Cáncer
- Dolor crónico
- Problemas dentales
- Diabetes

- Problemas cardíacos
- Problemas de audición
- Presión arterial alta
- Colesterol alto
- Infecciones
- Problemas renales

- Problemas hepáticos
- Problemas musculares/articulares
- No se han reportado condiciones/complicaciones biomédicas
- Otro \_\_\_\_\_

- Convulsiones/Neurológico
- Problemas para dormir
- Problemas estomacales/intestinales
- Problemas de tiroides
- Problemas de visión

**Familiares con antecedentes de:**

Consumo de alcohol: \_\_\_\_\_

El consumo de drogas: \_\_\_\_\_

Paciente hospitalizado de salud mental: \_\_\_\_\_

Cárcel/prisión: \_\_\_\_\_

Suicidio consumado: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes de:  Agresión/abuso sexual  Abuso físico  Abuso emocional  Problemas legales

¿Cree que puede estar embarazada?  Sí  No  No Aplica

Es usted madre soltera con hijos dependientes:  Sí  No

¿Cuántos hijos dependientes tiene (de 0 a 17 años)? \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ACTUALES DEL CLIENTE**

Prescripción	Fecha de inicio	Dosis/horario	Prescriptor

**MEDICAMENTOS A HIERBAS O DE SIN RECETA**

Medicamento	Dosis	Cronograma	Respuesta

**CONSENTIMIENTO PARA FOTOGAFIAR**

Doy permiso al Central Utah Counseling Center para tomarme una fotografía y usarla en mi registro electrónico con fines de identificación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el cliente se negó, documente aquí firmando su nombre y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH**

**Acuse de recibo del aviso de prácticas de privacidad**

Central Utah Counseling Center se reserva el derecho de modificar las prácticas de privacidad descritas en el aviso.

**He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Central Utah Counseling Center.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante del paciente con el paciente

**CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH**

**Formulario de consentimiento para tratar**

He venido al centro Centro de Consejería de Utah con la esperanza de recibir tratamiento. Entiendo que tengo derecho a recibir detalles de mi condición. Esto también incluirá los hallazgos de la evaluación, los desafíos y los beneficios esperados del tratamiento. Entiendo que también puedo conocer cualquier alternativa razonable al tratamiento. Acepto recibir tratamiento con un proveedor del Centro de Consejería de Central Utah.

Además doy mi consentimiento para recibir tratamiento. Este consentimiento es voluntario.

Acepto participar en el desarrollo de mi plan de atención y tratamiento después de mi evaluación inicial. En este proceso, acepto participar en el desarrollo de mi plan de atención.

Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir una respuesta razonable a mis preguntas en cualquier momento durante el curso de mi atención. Esto incluye el derecho a recibir detalles de mi condición. También puedo preguntar sobre los hallazgos de mi evaluación, los desafíos y los beneficios esperados del tratamiento, y cualquier alternativa razonable al tratamiento.

Entiendo que puedo discutir la finalización del tratamiento en cualquier momento que desee con mi proveedor.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración de derechos del cliente**

**I.El siguiente es un listado de sus derechos como cliente:**

**SU DERECHO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN**

1. El derecho a recibir tratamiento individual de salud mental y/o abuso de sustancias por parte de profesionales calificados.
2. El derecho a tener voz y voto para establecer sus objetivos de tratamiento.
3. El derecho a preguntar y conocer diferentes métodos de tratamiento.
4. El derecho a servicios sin ser tratado injustamente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, sexo, incluyendo identidad o expresión de género, orientación sexual, religión, discapacidad o afiliación política.
5. El derecho a comprender y revisar la información de su registro de tratamiento, a menos que esto pueda causar daño.

**SU DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD**

El personal no hablará con nadie, excepto con los miembros del personal involucrados en su tratamiento, acerca de que usted es un cliente. No se puede dar información sin

su permiso por escrito a menos que:

1. Se sospecha abuso infantil.
2. Hay una emergencia médica y la información ayudaría con su atención.
3. Un tribunal ordena la información.
4. Existe una amenaza para su vida o seguridad o usted es un peligro para la vida o seguridad de otros.
5. Las agencias que realizan revisiones pueden ver la información de su cliente. Deben respetar la confidencialidad de los clientes individuales.
6. Hay un delito o una amenaza de delito en las instalaciones o que involucra al personal del programa.
7. Se necesita información por motivos de seguro. Sólo necesitamos informarle que ha recibido tratamiento y que dicho tratamiento es reembolsado.

**SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA**

1. Cada oficina cuenta con un buzón de sugerencias para tus quejas, ideas o para reconocer a alguien que te atendió bien.
2. Tiene derecho a presentar una queja. Hable sobre su inquietud con cualquier miembro del personal y solicite un folleto de quejas del cliente.
3. Si sabe o tiene motivos para creer que un miembro del personal ha actuado de una manera poco profesional o ilegal, pregunte por el supervisor de la persona e informe la información de inmediato.

**II. Los siguientes derechos y protecciones son para los clientes que reciben servicios de salud mental prepagos de Medicaid.**

1. El derecho a recibir información sobre su proveedor de tratamiento.
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
3. El derecho a obtener información sobre las diferentes opciones de tratamiento disponibles de una manera que pueda comprenderlas.
4. El derecho a participar en las decisiones sobre su atención de salud mental, incluido el derecho a decir no al tratamiento.
5. El derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de intimidación, castigo, conveniencia del personal o de alguien que se venga de usted.
6. Cuando lo permita la ley federal, el derecho a solicitar y recibir una copia de sus registros médicos y a solicitar que se cambien o arreglen. Es posible que le cobren por las copias.
7. El derecho a recibir servicios de atención de salud que cumplan con estándares de acceso y calidad.
8. El Central Utah Counseling Center no impedirá que sus proveedores de tratamiento le brinden consejos o respalden en su nombre la siguiente información.
  - a. Su estado de salud, atención médica u opciones de tratamiento, incluido cualquier tratamiento alternativo que pueda ser autoadministrado.
  - b. Cualquier información que necesite para elegir entre posibles opciones de tratamiento.
  - c. Los riesgos, beneficios y consecuencias del tratamiento o no tratamiento.
  - d. Su derecho a participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento y a tener voz y voto en futuras decisiones de tratamiento.

**III.Responsabilidades**

1. Respetar la privacidad de otros clientes.
2. Llegar puntualmente a sus citas.
3. Proporcionar la información que necesitamos para que podamos facturar adecuadamente.
4. Para enviarnos todos los pagos de seguros u otros pagos de terceros. Pagar los Copagos a tiempo.
5. Para informarnos de cambios en su situación financiera, con su dirección o número de teléfono.
6. Hablar abiertamente con su terapeuta sobre cualquier problema relacionado con su atención.
7. Estar involucrado en su proceso de planificación de tratamiento.

He leído y entiendo los derechos y responsabilidades anteriores. Iautorizar central Centro de Consejería de Utah para brindar tratamiento.

Firma del paciente o tutor (si es necesario)

Relación

Fecha

### HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS DEL CLIENTE

Tiene **alguna vez** consumido bebidas alcohólicas, usó una droga ilegal, tomó un medicamento recetado por una razón no médica o hizo un mal uso de cualquier sustancia (es decir, inhalantes, medicamentos sin receta, etc.)?  Sí  No **En caso afirmativo, por favor complete las preguntas a continuación**

¿Alguna vez ha consumido drogas ilícitas por vía intravenosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces en los últimos 30 días ha asistido a una reunión de apoyo social (es decir, AA o de 12 pasos)? ____	¿Cuántas veces ha recibido asesoramiento por consumo de sustancias en el pasado? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	¿Está recibiendo tratamiento asistido por medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí (especifique) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Naltrexona/Vivitrol <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Suboxone <input type="checkbox"/> Metadona
¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Pantalla CAGE-AID)	¿La gente le ha molestado al criticar su consumo de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez ha bebido o consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para deshacerse de la resaca (que le abrió los ojos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Qué sustancia(s) tienes en <b>alguna vez</b> cosas?	Edad del primer uso	en los <b>últimos 30 días</b> , ¿Con qué frecuencia has usado el sustancia(s) que enumeró (encierra en un círculo a continuación)?	¿Cómo usó la(s) sustancia(s) que enumeró (marque con un círculo a continuación)? Oral (tragar); De fumar; Inhalación (vapores); inyección intravenosa; Nasal (inhalado); Otro
<input type="checkbox"/> Alcohol		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Cocaína/Crack		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Marihuana/Hachís		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguna	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Marihuana Sintética (K2/Especia)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> heroína		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Metadona sin receta		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Morfina (Sra. Contin)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Hidrocodona (Vicodin, Lortab)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Oxycodona (Oxycontin, Percocet)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Opioides sintéticos (fentanilo)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Metanfetamina		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otras anfetaminas/estimulantes		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguna	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Metilfenidato (Ritalin)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguna	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Sin receta		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguna	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Alprazolam (Xanax)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguna	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Diazepam (Valium)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Lorazepam (Ativan)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Clonazepam (Klonopin, Rivotril)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otras benzodiazepinas		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Barbitúricos		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otros sedantes/hipnóticos		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> GHB/GBL		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Rohipnol		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> MDMA (éxtasis)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Ketamina (Especial K)		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> PCP		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> LSD		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Inhalantes		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro
<input type="checkbox"/> Otro		1-3 veces el mes pasado 1-2 veces por semana 3-6 veces por semana Diariamente Ninguno	Oral Ahumado Inhalado IV Nasal Otro

**PUNTUACIÓN AS**

El Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (Estudio SCE) de los CDC descubrió un vínculo sorprendente entre el trauma infantil y las enfermedades crónicas que las personas desarrollan en la edad adulta, así como los problemas sociales y emocionales. Esto incluye enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón, diabetes y muchas enfermedades autoinmunes, así como depresión, violencia, ser víctima de violencia y suicidio.

<b>PUNTUACIÓN 1 POR SÍ Y 0 POR NO</b>		
1	Antes de cumplir 18 años, ¿alguno de sus padres u otro adulto en el hogar le insultó, insultó, menospreció o humilló a menudo o muy a menudo? O actuar de una manera quehecho ¿Tiene miedo de sufrir algún daño físico?	
2	Antes de cumplir 18 años, ¿alguno de sus padres u otro adulto en el hogar le empujó, agarró, abofeteó o le arrojó algo con frecuencia o muy frecuentemente? ¿O alguna vez te golpeó tan fuerte que te quedaron marcas o te lastimaste?	
3	Antes de cumplir 18 años, ¿un adulto o una persona al menos cinco años mayor que usted alguna vez lo tocó o acarició, o usted tocó su cuerpo de manera sexual? ¿O intentar o tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?	
4	Antes de cumplir 18 años, ¿sentiste a menudo o muy a menudo que nadie en tu familia te amaba o pensaba que eras importante o especial? ¿O su familia no se cuidó unos a otros, no se sintió cercana ni se apoyó mutuamente?	
5	Antes de cumplir 18 años, ¿sentías frecuentemente o muy frecuentemente que no tenías suficiente para comer, que tenías que usar ropa sucia y que no tenías a nadie que te protegiera? ¿O tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si lo necesitabas?	
6	Antes de cumplir 18 años, ¿alguna vez perdió a un padre biológico por divorcio, abandono u otras razones?	
7	Antes de cumplir 18 años, ¿su madre o su madrastra: a menudo o muy a menudo la empujaban, la agarraban, la abofeteaban o le arrojaban algo? ¿O a veces, a menudo o muy a menudo patadas, mordidas, golpes con el puño o golpes con algo duro? ¿O alguna vez lo golpearon repetidamente durante al menos unos minutos o lo amenazaron con una pistola o un cuchillo?	
8	Antes de cumplir 18 años, ¿vivió con alguien que fuera un bebedor problemático o alcohólico o que consumiera drogas ilícitas?	
9	Antes de cumplir 18 años, ¿algún miembro de su hogar estaba deprimido o padecía una enfermedad mental? ¿O algún miembro del hogar intentó suicidarse?	
10	Antes de cumplir 18 años, ¿algún miembro de su hogar fue a prisión?	
<b>PUNTAJE TOTAL</b>		

A medida que aumenta su puntuación ACE, también aumenta el riesgo de enfermedades y problemas sociales y emocionales. Con una puntuación ACE de 4 o más, las cosas empiezan a ponerse serias. La probabilidad de enfermedad pulmonar crónica aumenta en un 390%; hepatitis 240%; depresión 460%; intento de suicidio 1220%/ Hable con su proveedor sobre este puntaje. No se puede cambiar el pasado, pero sí se puede cambiar y prevenir más problemas en el futuro.



# WellRx

## Instrumento para Medir Necesidades Sociales

1. En los últimos 2 meses, ¿usted o alguien en su casa disminuyó la cantidad o se saltó comidas porque no tenía dinero para comprar **alimentos**?  Yes  No
2. ¿Usted ahora mismo no tiene donde vivir o está preocupado/a por quedarse **sin hogar**?  Yes  No
3. ¿Tiene problemas para pagar la **electricidad o el gas**?  Yes  No
4. ¿Usted ha batallado en conseguir o poder pagar por **transporte** adecuado?  Yes  No
5. ¿Usted necesita **cuidado de niños** o una mejor situación para el cuidado de niños?  Yes  No
6. ¿No tiene **ingresos** regulares para pagar sus gastos?  Yes  No
7. ¿Necesita ayuda para encontrar un **empleo** mejor?  Yes  No
8. ¿Necesita ayuda para conseguir más **educación**?  Yes  No
9. ¿Está preocupado de que una persona que vive en su casa esté usando **drogas o abusando del alcohol**?  Yes  No
10. ¿Se siente inseguro (a) en su propia casa?
  - a. ¿Su compañero(a) o **esposo(a) le maltrata**?  Yes  No
  - b. ¿Otros problemas que afectan su seguridad?  Yes  No
  - c. Si la respuesta es "Sí", ¿qué es lo que le preocupa?
11. Do you need help with **legal issues**?  Yes  No

Copyright© 2014 Universidad de Nuevo México Atribución: El Toolkit WellRx fue desarrollado por Janet Page-Reeves, Ph.D., Molly Bleecker, MA, Will Kaufman, MD, y Claudia Medina, JD, en la Oficina de Salud Comunitaria de la Universidad de Nuevo México en Albuquerque.

**Si respondió 'sí' a alguna de las preguntas anteriores, por favor consulte el formulario incluido "Utah 211 lo conecta con la ayuda que necesita" para encontrar apoyo en su área.**

**También habla con tu terapeuta o con tu trabajador social/case manager de CUCC sobre cualquier respuesta afirmativa para la cual necesites apoyo.**

# Utah Dept of Health TB Screening Tool

## Bureau of Epidemiology

(Adapted from the ACHA TB Screening Tool)

### Part I: Tuberculosis (TB) Screening Questionnaire

Patient name \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_

Have you ever had close contact with persons known or suspected to have active TB disease?  Yes  No

Were you born in one of the countries or territories listed below that have a high incidence of active TB disease? (If yes, please CIRCLE the country, below)  Yes  No

Afghanistan	Congo	Iran (Islamic Republic of)	Namibia	Singapore
Algeria	Côte d'Ivoire	Iraq	Nauru	Solomon Islands
Angola	Democratic People's Republic of	Kazakhstan	Nepal	Somalia South Africa
Anguilla	Korea	Kenya	Nicaragua	South Sudan
Argentina	Democratic Republic of the	Kiribati	Niger	Sri Lanka
Armenia	Congo	Kuwait	Nigeria	Sudan
Azerbaijan	Djibouti	Kyrgyzstan	Northern Mariana	Suriname
Bangladesh	Dominican Republic	Lao People's Democratic	Islands	Swaziland
Belarus	Ecuador	Republic	Pakistan	Tajikistan
Belize	El Salvador	Latvia	Palau	Thailand
Benin	Equatorial Guinea	Lesotho	Panama	Timor-Leste
Bhutan	Eritrea	Liberia	Papua New Guinea	Togo
Bolivia (Plurinational State of)	Estonia	Libya	Paraguay	Trinidad and Tobago
Bosnia and Herzegovina	Ethiopia	Lithuania	Peru	Tunisia
Botswana	Fiji	Madagascar	Philippines	Turkmenistan
Brazil	French Polynesia	Malawi	Poland	Tuvalu
Brunei Darussalam	Gabon	Malaysia	Portugal	Uganda
Bulgaria	Gambia	Maldives	Qatar	Ukraine
Burkina Faso	Georgia	Mali	Republic of Korea	United Republic of
Burundi	Ghana	Marshall Islands	Republic of Moldova	Tanzania
Cabo Verde	Greenland	Mauritania	Romania	Uruguay
Cambodia	Guam	Mauritius	Russian Federation	Uzbekistan
Cameroon	Guatemala	Mexico	Rwanda	Vanuatu
Central African Republic	Guinea	Micronesia (Federated States	Saint Vincent and the	Venezuela (Bolivarian
Chad	Guinea-Bissau	of)	Grenadines	Republic of)
China	Guyana	Mongolia	Sao Tome and Principe	Viet Nam
China, Hong Kong SAR	Haiti	Montenegro	Senegal	Yemen
China, Macao SAR	Honduras	Morocco	Serbia	Zambia
Colombia	India	Mozambique	Seychelles	Zimbabwe
Comoros	Indonesia	Myanmar	Sierra Leone	

Source: World Health Organization Global Health Observatory, Tuberculosis Incidence 2014. Countries with incidence rates of  $\geq 20$  cases per 100,000 population. For future updates, refer to: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

Have you had frequent or prolonged visits\* to one or more of the countries or territories listed above with a high prevalence of TB disease (or regular contact with people who are from one of these countries)? (If yes, CHECK the countries or territories, above)  Yes  No

Have you been a resident and/or employee of high-risk congregate settings (e.g., correctional facility or homeless shelter)?  Yes  No

Have you been a volunteer or health care worker who served clients who are at increased risk for active TB disease?  Yes  No

Have you ever been a member of any of the following groups that may have an increased incidence of latent *M. tuberculosis* infection or active TB disease: medically underserved, low-income, or abusing drugs or alcohol?  Yes  No

Do you regularly use immunosuppressive medication, or have any of the following conditions: HIV, organ transplant recipient, diabetes, silicosis, cancer, end-stage renal disease, intestinal bypass or gastrectomy, chronic malabsorption syndrome, 10% or more below ideal body weight?  Yes  No

**If the answer is YES to any of the above questions, screening with a PPD or IGRA is indicated.**

\*Entiendo que se recomienda una prueba de TB (Tuberculosis) si alguna de las respuestas anteriores está marcada como Sí y que la prueba está disponible a través del Departamento de Salud de Central Utah. "Hable con un administrador de casos o su terapeuta para obtener ayuda con la derivación de pruebas.."

Firma del paciente, padre u otra parte responsable

Relación con el paciente

**Consentimiento para tratar, formulario de servicios de telesalud**

Entiendo que la telesalud es una forma de visitar a los proveedores de salud conductual del Central Utah Counseling Center (CUCC) por teléfono, computadora o tableta, lo que a menudo incluye el uso de video. Entiendo que puede haber ocasiones en las que problemas técnicos interrumpen o detengan una visita de telesalud.

Entiendo que yo (mi hijo) debo estar físicamente en el estado de Utah para recibir servicios de telesalud a través de CUCC.

El "Aviso de prácticas de privacidad" de CUCC se aplica a los servicios de telesalud de la misma manera que se aplica a los servicios en persona. Esto incluye el uso de información de salud, como divulgaciones y derechos individuales. Reconozco que he recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" de CUCC.

Entiendo que las visitas de telesalud no se registrarán. Entiendo que yo (mi hijo) debo estar en un lugar privado porque existe el riesgo de que alguien cerca de mí (mi hijo) pueda escuchar mi conversación con mi proveedor. Entiendo que CUCC utiliza tecnología de telesalud (Google Workspace, [workspace.google.com](https://workspace.google.com)) que está diseñado para proteger la privacidad del cliente (cumple con HIPAA). Entiendo que a pesar de los esfuerzos por mantener privadas las comunicaciones de telesalud, existen riesgos potenciales para mi información de salud protegida (la de mi hijo). Es posible que personas no autorizadas puedan obtener acceso a mis comunicaciones de telesalud (las de mi hijo) y que las fallas técnicas puedan provocar la pérdida o el compromiso de mi información de salud protegida (la de mi hijo). Eximiré a CUCC de toda responsabilidad por tales fallas técnicas y por la pérdida o compromiso de información de salud protegida.

Autorizo a CUCC a brindarme (a mi hijo) tratamiento a través de telesalud entendiéndolo las posibles limitaciones a la seguridad de mi información.

Entiendo que los servicios de telesalud de CUCC tienen limitaciones relacionadas con situaciones de emergencia de salud. Entiendo que llamar al 988 (Suicide and Crisis Lifeline), al 911 o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano puede ayudarme a mí (a mi hijo) a acceder a apoyo relacionado con una emergencia de salud mental.

Entiendo que yo (mi hijo) necesito proporcionar mi ubicación al proveedor de CUCC en cada sesión de telesalud para que el proveedor pueda brindarme(mi hijo) ayuda en caso de una emergencia. Reconozco que le he proporcionado a CUCC una persona de contacto de emergencia actual con un número de teléfono actualizado para que pueda contactarse con esta persona en caso de que mi proveedor crea que mi seguridad (mi hijo) está en riesgo.

Entiendo que yo (mi hijo) seguiré teniendo acceso al tratamiento en persona si decido no dar mi consentimiento para participar en los servicios de telesalud. Reconozco que tengo derecho a retirar el consentimiento a los servicios de telesalud en cualquier momento.

**Autorizo al Central Utah Counseling Center para brindar servicios de telesalud.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (por favor imprima)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor (si es necesario)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Aviso de prácticas de privacidad**

**Central Utah Counseling Center se compromete a proteger su información médica.**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.**

A partir del 14 de abril de 2003. Central Utah Counseling Center está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica, proporcionarle este aviso y cumplir con los términos de este aviso.

**CÓMO UTILIZAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD**

Cuando recibe atención del Central Utah Counseling Center, podemos utilizar su información de salud para tratarlo, facturar los servicios y llevar a cabo nuestro negocio normal conocido como operaciones de atención médica. Ejemplos de cómo utilizamos su información incluyen

**Tratamiento:** Mantenemos registros de la atención y los servicios que se le brindan. Los proveedores de atención médica utilizan estos registros para brindar atención de calidad que satisfaga sus necesidades. Por ejemplo, su terapeuta puede compartir su información de salud con otro profesional que lo ayudará en su tratamiento. Algunos registros médicos, incluidas las comunicaciones confidenciales con otros profesionales de la salud mental o registros de tratamientos por abuso de sustancias, pueden tener restricciones adicionales de uso y divulgación según las leyes estatales y federales.

**Pago:** Mantenemos registros de facturación que incluyen información de pago y documentación de los servicios que se le brindan. Su información puede usarse para obtener pagos suyos, de su compañía de seguros u otros terceros pagadores. También podemos comunicarnos con su compañía de seguros para verificar la cobertura de su atención o para notificarles sobre próximos servicios que pueden necesitar notificación o aprobación previa. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre los servicios que le brindamos para reclamar y obtener el pago de su compañía de seguros. Si paga el precio total en efectivo por los servicios, puede solicitar una restricción de información a su compañía de seguros.

**Operaciones de atención médica:** utilizamos información de salud para mejorar la calidad de la atención, capacitar al personal y a los estudiantes, brindar servicio al cliente, administrar costos, realizar tareas comerciales requeridas y hacer planes para servir mejor a nuestras comunidades. Por ejemplo, podemos utilizar su información de salud para evaluar la calidad del tratamiento y los servicios brindados por nuestros terapeutas, psiquiatras, psicólogos, administradores de casos y otros trabajadores de atención médica.

**OTROS SERVICIOS QUE BRINDAMOS**

También podemos usar su información de salud para recomendar alternativas de tratamiento, informarle sobre servicios y productos de salud que pueden beneficiarlo, compartir información con familiares y amigos involucrados en su atención (autorizados por usted a través de una autorización por escrito), compartir información con terceros que ayudarnos con el tratamiento, pago y operación de atención médica, y recordarle una cita (opcional, notifique al terapeuta o secretaria si no desea que se le recuerde). Además, CUCC utiliza prescripción electrónica. Una de las características de los sistemas de prescripción electrónica es que nos permite ver los medicamentos que otros médicos le han recetado electrónicamente. Esto mejora la seguridad del paciente al ayudarnos a evitar recetarle medicamentos que puedan interferir con lo que ya está tomando. Al firmar el formulario de reconocimiento de que recibió este formulario, nos autoriza a ver su historial de medicamentos.

**SUS DERECHOS INDIVIDUALES**

Tienes derecho a

- Solicitar restricciones sobre cómo usamos y compartimos su información de salud. Consideraremos cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones, pero no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.
- Solicite que utilicemos un número de teléfono o una dirección específicos para comunicarnos con usted.
- Inspeccione y copie su información de salud, incluidos los registros de facturación. Hay un cargo de \$0.25 por página copiada. En circunstancias limitadas, podemos negarle el acceso a una parte de su información de salud y usted puede solicitar una revisión de esa denegación.\*
- Solicitar correcciones o adiciones a su información de salud.\*
- Solicitar un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud realizadas por nosotros. La contabilidad no incluye divulgaciones realizadas para tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas divulgaciones requeridas por la ley. Su solicitud debe indicar el período de tiempo deseado para la contabilidad, que debe ser dentro de los seis años anteriores a su solicitud y excluye fechas anteriores al 14 de abril de 2003. La primera contabilidad es gratuita, pero se aplicará una tarifa si se realiza más de una solicitud. se realiza en un período de 12 meses.\*

**Las solicitudes marcadas con un asterisco (\*) deberán realizarse por escrito. Comuníquese con el Oficial de Privacidad del Centro de Consejería de Central Utah para obtener el formulario apropiado para su solicitud.**

## COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Hay situaciones limitadas en las que se nos permite o se nos exige divulgar información de salud sin su autorización firmada. Estas situaciones incluyen actividades necesarias para administrar el programa Medicaid y lo siguiente:

- Situación de emergencia que requiere atención inmediata. Para fines de salud pública, como informar enfermedades transmisibles (si dichas enfermedades no han sido reportadas por el departamento de salud) u otras enfermedades y lesiones permitidas por la ley.
- Para proteger a las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para juicios y procedimientos similares.
- Cuando la ley exija lo contrario.
- Cuando lo solicite la policía según lo exija la ley o una orden judicial.
- Para investigaciones aprobadas por nuestro proceso de revisión bajo estrictas pautas federales.
- Reducir o prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad públicas.
- Para funciones gubernamentales especializadas como inteligencia y seguridad nacional.

**Todos los demás usos y divulgaciones, no descritos en este aviso, requieren su autorización firmada. Podrá revocar su autorización en cualquier momento mediante declaración escrita. Los siguientes son ejemplos.**

- La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia.
- Usos y divulgaciones de información de salud protegida con fines de marketing, incluido el tratamiento subsidiado.
- Divulgaciones que constituyen una venta de información de salud protegida.

## NUESTRAS RESPONSABILIDADES DE PRIVACIDAD

El Centro de Consejería de Central Utah está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de su información de salud y notificarle sobre cualquier violación de su información.
- Proporcione este aviso que describa las formas en que podemos usar y compartir su información de salud.
- Siga los términos del aviso actualmente vigente.

Nos reservamos el derecho de realizar cambios a este aviso en cualquier momento y hacer efectivas las nuevas prácticas de privacidad para toda la información que mantenemos. Los avisos actuales se publicarán en todas nuestras oficinas. También puede solicitar una copia de cualquier aviso del secretario del funcionario de privacidad del Centro de Consejería de Central Utah que se detalla a continuación:

## CONTÁCTENOS

Si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, le preocupa que se hayan violado sus derechos de privacidad. O no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud, comuníquese con el Oficial de Privacidad del Centro de Consejería de Central Utah: Jared Kummer al34 Este 100 Norte, Gunnison, UT 84627, 800-523-7412 o correo electrónico: [jaredk@cucc.us](mailto:jaredk@cucc.us)

Investigaremos todas las quejas y no tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

También puede presentar una queja por escrito ante la Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Avenue, S.W. Sala 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201.

## CENTRO DE CONSEJERÍA CENTRAL DE UTAH

### Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah Derechos del cliente

**Los clientes tienen derecho a:**

- Ser tratado con dignidad.
- Estar libre de posibles daños o actos de violencia.
- Estar libre de discriminación.
- Estar libre de abuso, negligencia, maltrato, explotación y fraude.
- Comunicarse y visitar a familiares, abogados, clérigos, médicos, consejeros o administradores de casos, a menos que esté terapéuticamente contraindicado o restringido por la corte.
- Privacidad de registros actuales y cerrados.
- Estar informado sobre las políticas y procedimientos de la agencia que afectan la capacidad del cliente o tutor para tomar decisiones informadas con respecto a la atención al cliente, que incluyen:
  - Expectativas del programa, requisitos, aspectos obligatorios o voluntarios del programa, consecuencias por incumplimiento.
  - Razones de la terminación involuntaria del programa y criterios para las tarifas y facturación del servicio del programa de readmisión.
  - Seguridad y características del entorno físico donde se prestarán los servicios.

Informe de violaciones de derechos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah:

- Llame al: 801-538-4242
- Correo electrónico: [licensingconcerns@utah.gov](mailto:licensingconcerns@utah.gov)
- Correo: 195 N. 1950 W, Salt Lake City, UT 84116 (incluya el nombre del programa en la carta o correo electrónico)



## Utah 211 lo conecta con la ayuda que necesita

Utah 211 trabaja con casi **3,000** proveedores que ofrecen **10,000** servicios para que pueda obtener ayuda durante una crisis o circunstancia difícil.

- 🗨️ Alojamiento
- 🗨️ Alimentos y Comidas
- 🗨️ Cuidado de la salud
- 🗨️ Asistencia de servicios públicos
- 🗨️ Asistencia de ingresos
- 🗨️ Empleo
- 🗨️ Educación
- 🗨️ Transporte

## ¡Comuníquese hoy con Utah 211!

Es gratis, confidencial y está disponible 24/7 por teléfono



Dial 211 or  
888.826.9790



211utah.org



Utah 211 App



Text ZIP Code  
to 801.845.2211



211@uw.org

\*\*Servicios disponibles en más de 200 idiomas por teléfono