

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">Tipo de empleo (por favor marque uno)</p> <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal	<p align="center">Fuente primaria de ingresos</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">Fuentes de ingresos, por favor revisa todo eso aplicar</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>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.</p>	<p>Nombre del Responsable si es diferente al Cliente:</p> _____ <p>Fecha de nacimiento: _____</p> <p>DIRECCIÓN: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>_____</p> <p>Firma del solicitante, padre u otra parte responsable Fecha</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:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Neurológico |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Problemas musculares/articulares | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> No se han reportado condiciones/complicaciones biomédicas | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales | <input type="checkbox"/> Infecciones | | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas renales | | |

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 alguna vez cosas?	Edad del primer uso	en los últimos 30 días , ¿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.

PUNTUACIÓN 1 POR SÍ Y 0 POR NO		
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?	
PUNTAJE TOTAL		

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.

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 ≥ 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

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

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
- Correo: 195 N. 1950 W, Salt Lake City, UT 84116 (incluya el nombre del programa en la carta o correo electrónico)