



Teléfono: 541-476-2373  
 Fax: 541-295-3069

ID del cliente: \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE INGRESO Y CONSENTIMIENTO

Perfil del cliente	<b>Nombre legal de la persona que solicita servicios:</b> _____ (Apellido, nombre, inicial del 2.º nom.) <b>Nombre y relación de la persona que completa la documentación</b> _____		<b>Apellido al nacer:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> _____ (mm/dd/aaaa)
	<b>Género asignado al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Pronombres preferidos:</b> _____ <b>Identidad de género:</b> _____ <b>Nombre preferido:</b> _____		<b>Idioma preferido:</b> _____ <b>¿Necesita intérprete?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Idioma (indíquelo): _____ <input type="checkbox"/> Leng. de señas <input type="checkbox"/> Otro: _____
	<b>Dirección física:</b> _____ _____ <b>Dirección postal:</b> _____ <input type="checkbox"/> Igual a la dirección física _____		<b>¿Está embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> No lo sabe <b>Número de licencia de conducir:</b> _____ <input type="checkbox"/> No tiene
	<b>Información de contacto:</b> Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular Método de recordatorio preferido: <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo de voz	<b>Referido por:</b> _____ _____ <b>Motivo para solicitar servicios hoy:</b> _____ _____	

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Perfil del cliente: datos demográficos personales	<p><b>Estado de empleo</b> (marque uno):</p> <input type="checkbox"/> Tiempo completo (35 o más horas/semana) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (menos de 35 horas/semana) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Tareas del hogar <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Voluntario/otro <input type="checkbox"/> No puede trabajar – Paciente o residente en un hospital <input type="checkbox"/> No integra la población activa <p>¿Desea obtener ayuda para encontrar trabajo?  <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Estado civil</b> (marque uno):</p> <input type="checkbox"/> Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	<p><u>La información sobre la raza o etnia no se puede usar para discriminarlo y es voluntaria.</u></p> <p><b>Raza</b> (marque una):</p> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena americana <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas no especificadas <input type="checkbox"/> Otra raza única <p><b>Etnia</b> (marque una):</p> <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> Hispana – Otra región <input type="checkbox"/> Hispana – Sin región específica <input type="checkbox"/> No hispana	<p><b>Situación de vivienda</b> (marque una):</p> <input type="checkbox"/> Transitoria/sin hogar <input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal <input type="checkbox"/> Centro residencial seguro <input type="checkbox"/> Centro residencial <input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Habitación y comida <input type="checkbox"/> Vivienda con apoyo <input type="checkbox"/> Vivienda con apoyo dispersa <input type="checkbox"/> Vivienda libre de alcohol y drogas <input type="checkbox"/> Otra residencia privada <input type="checkbox"/> Residencia privada – En el hogar <input type="checkbox"/> Residencia privada con familiares <input type="checkbox"/> Residencia privada con personas sin parentesco <input type="checkbox"/> Oxford Home <input type="checkbox"/> Prisión
---	--	---	---

Perfil del cliente: datos demográficos personales	<p><b>Educación:</b>  Grado más alto completado: _____  <input type="checkbox"/> Es un estudiante actualmente</p> <p>¿Desea obtener ayuda con la escuela o capacitación? (p. ej., empezar o completar una capacitación laboral, obtener un título de bachillerato, rendir el examen de desarrollo de educación general [General Educational Development, GED] o equivalente)   <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Estado de veterano</b> (marque uno):</p> <input type="checkbox"/> Veterano con estado actual o pasado de militar en servicio activo <input type="checkbox"/> Integrante actual o pasado de la guardia/reserva en servicio activo <input type="checkbox"/> Integrante actual o pasado de la guardia/reserva <input type="checkbox"/> Sin servicio militar	<p><b>Afiliación tribal</b> (marque una):</p> <input type="checkbox"/> Ninguna/no corresponde <input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de los Coos, Umpqua y Siuslaw <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de los Siletz <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de los Umatilla <input type="checkbox"/> Tribus confederadas de Warm Springs <input type="checkbox"/> Tribu de indios Coquille <input type="checkbox"/> Indios de Cow Creek Band de Umpqua <input type="checkbox"/> Tribu Klamath <input type="checkbox"/> Otra
	<p><b>Estado legal</b> (marque uno):</p> <input type="checkbox"/> Compromiso civil de 30 días <input type="checkbox"/> Compromiso civil de 90 días <input type="checkbox"/> Compromiso civil de 180 días <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Libertad condicional <input type="checkbox"/> Período de prueba <input type="checkbox"/> Junta de revisión de seguridad psiquiátrica (Psychiatric Security Review Board, PSRB) <input type="checkbox"/> Ayuda y asistencia <input type="checkbox"/> Ninguno <p><b>Total de arrestos en los últimos 30 días:</b> _____  <b>Total de arrestos en toda la vida:</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Condena por conducir intoxicado (Driving Under the Influence of Intoxicants, DUII)  <input type="checkbox"/> Programa alternativo por DUII  <input type="checkbox"/> Programa alternativo previo al arresto  <input type="checkbox"/> Programa alternativo posterior al arresto  <input type="checkbox"/> Tutela (Tribunal)  <input type="checkbox"/> Tutela (Bienestar infantil)  <input type="checkbox"/> Junta de revisión de seguridad psiquiátrica de menores (Juvenile Psychiatric Security Review Board, JPSRB)  <input type="checkbox"/> Custodia involuntaria  <input type="checkbox"/> No lo sabe</p> <p><b>Cantidad total de arrestos por DUII en los últimos 30 días:</b> ____  <b>Cantidad total de arrestos por DUII en toda la vida:</b> _____</p>



Teléfono: 541-476-2373  
 Fax: 541-295-3069

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Perfil del cliente: situación financiera	<p>Options proporcionará servicios de salud mental para todos los miembros del Plan de Salud de Oregon contratado y para otros residentes de los condados de Josephine/Jackson por una tarifa razonable. Las tarifas pueden ajustarse según su capacidad de pago basándose en nuestra escala de tarifas escalonadas. No se negará la atención a ninguna persona debido a una incapacidad de pago. Nuestra tarifa se ajusta sobre la base de un ingreso del grupo familiar y la cantidad de dependientes en el grupo familiar. Las tarifas se pueden reducir aún más si la Gerencia determina que dichas tarifas provocarían una carga indebida, interferirían o evitarían que una persona reciba los servicios necesarios desde el punto de vista médico. Si tiene preguntas sobre nuestros cargos, hable sobre esto con el coordinador de ingresos. Si está cubierto por el Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) para la atención de salud mental o médica en el momento en el que se proporcionen los servicios, no se le cobrará a usted por esos servicios a menos que se exija un copago. Si tiene un paquete de beneficios limitados (solo beneficiarios de Medicare calificados [QMB, Qualified Medicare Beneficiaries]), se le pueden cobrar servicios no cubiertos por el OHP o Medicare (se aplica el plan de tarifas escalonadas). Si se termina su cobertura de OHP, se le podrá cobrar sobre la base de la escala de tarifas escalonada. Si no tiene cobertura de seguro, usted es responsable desde el punto de vista financiero por los cargos incurridos para los servicios proporcionados. Estos cargos se basarán en un plan de tarifas escalonadas que está disponible si lo solicita. Si tiene cobertura de un seguro de salud privado o de Medicare, y esa cobertura NO paga las tarifas de los servicios proporcionados, usted es responsable desde el punto de vista financiero por esos cargos sobre la base de un plan de tarifas escalonadas. Si su compañía de seguro de salud privada le reembolsa directamente a usted el costo del servicio, usted debe entregarle ese pago a Options. Si no lo hace, será responsable del monto total en dólares. Si no tiene seguro de salud, pida en recepción información sobre el OHP y el Mercado de atención a la salud federal. Los ingresos por debajo del 138 % del nivel de pobreza podrían calificarlo para el OHP.</p>	
	<p><b>Fuente de ingresos (marque una opción e indique el monto):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sueldo/salario \$_____/mes</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilación/pensión/Seguro social \$_____/mes</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (Pensión alimenticia/manutención de menores/menor en cuidados de crianza temporal) \$_____/mes</p> <p><input type="checkbox"/> No se conoce \$_____/mes</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia pública \$_____/mes</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad/Seguro social por discapacidad \$_____/mes</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna/ninguna fuente de ingresos</p>	<p><b>Información sobre los ingresos del grupo familiar:</b></p> <p>Ingreso bruto anual del grupo familiar \$_____</p> <p>Cantidad de menores dependientes: _____</p> <p>Cantidad total de dependientes en el grupo familiar: _____</p>

Seguro	<p><b>Marque todas las opciones que correspondan:</b></p> <p><input type="checkbox"/> AllCare: 740 SE 7<sup>th</sup> Street, Grants Pass, OR 97527; (541)-471-4106, fax (541) 471-4128</p> <p><input type="checkbox"/> Jackson Care Connect: 33 N Central Avenue, Medford, OR 97501; (855) 722-8208, fax (503) 416-3723</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid Open Card/otro (número de tarjeta): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Número de tarjeta de Medicare: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Número de tarjeta de la Administración de Veteranos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de seguro privado: _____ N.º de ID: _____ N.º de grupo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno/sin seguro</p>	
--------	--	--



Teléfono: 541-476-2373  
 Fax: 541-295-3069

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Familia/contactos	<b>Parte responsable (padre, madre o tutor legal):</b> <b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Tutela del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra: _____  <b>Nombre:</b> _____ <b>N.º de teléfono:</b> _____ <b>Fecha de nac.:</b> _____  <b>Dirección:</b> _____ _____
	<b>Contacto de emergencia:</b>  <input type="checkbox"/> El mismo que la parte responsable (omita los campos que siguen)  <b>Relación:</b> _____  <b>Nombre:</b> _____ <b>N.º de teléfono:</b> _____ <b>Fecha de nac.:</b> _____  <b>Dirección:</b> _____ _____

Alergias	<b>Alergia:</b> _____ <b>Reacción:</b> _____ <b>Gravedad:</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve
	<b>Alergia:</b> _____ <b>Reacción:</b> _____ <b>Gravedad:</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve
	<b>Alergia:</b> _____ <b>Reacción:</b> _____ <b>Gravedad:</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve
	<b>Alergia:</b> _____ <b>Reacción:</b> _____ <b>Gravedad:</b> <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Leve

Proveedores externos	<b>Nombre del proveedor de atención primaria:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____
	<b>Nombre de la farmacia:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____
	<b>Nombre/consultorio del dentista:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____
	<b>Nombre/consultorio del dentista:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____
	<b>Nombre/consultorio del dentista:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____
	<b>Nombre/consultorio del dentista:</b> _____ <b>Número de teléfono:</b> _____



Teléfono: 541-476-2373  
Fax: 541-295-3069

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Consentimiento para tratamiento

**La siguiente información se puso a mi disposición (marque todas las opciones)**

- El Aviso de prácticas de privacidad con respecto a mis derechos de privacidad.
- Una descripción de mis derechos y responsabilidades y el consentimiento para tratamiento en Options.
- Información sobre mi derecho a presentar quejas, lo que incluye apelar las decisiones que resulten de una queja.
- La hoja de referidos en la comunidad para dejar el tabaco, si me interesa.
- Información (si soy legalmente adulto) sobre la Declaración de salud mental y las directivas anticipadas.
- Se me dio la oportunidad de registrarme para votar (si soy legalmente adulto).
- Una explicación de las tarifas.
- Puedo recibir una copia en papel de todos los formularios mencionados en este aviso.

**Acuerdo/autorizo lo siguiente: (marque todas las opciones)**

- Autorizo y solicito que el pago por los servicios que me proporcione Options for Southern Oregon, Inc. pagaderos de acuerdo a mis beneficios de seguro se realicen directamente a Options for Southern Oregon, Inc. Además, autorizo a Options for Southern Oregon, Inc. a divulgar toda información de facturación necesaria para obtener el pago.
- Acepto informar a Options si mi seguro cambia y completaré un acuerdo de tarifas cuando se efectúen los cambios.
- Se me informaron las expectativas de asistencia para el tratamiento y acepto cumplirlas.
- Las armas no están permitidas en las instalaciones de Options.
- Se me informó y acepto el uso de mensajes de texto para las citas, y entiendo los riesgos y las pautas.
- Autorizo el uso de telesalud durante el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Entiendo que los servicios de telesalud implican la comunicación de mi información médica, en forma oral y/o visual, a proveedores de Options que se encuentran fuera del centro. Options hará todo lo que sea razonable para prevenir las fallas técnicas que interrumpen o distorsionen la comunicación y se tomarán medidas razonables para impedir el acceso no autorizado, pero los problemas pueden ocurrir.

Usted debe dar su consentimiento voluntario antes de recibir servicios. Tiene el derecho de rehusarse a recibir tratamiento. También tiene el derecho de participar en el desarrollo y la revisión de un plan de servicios, a ser informado de sus diagnósticos, a recibir una explicación de cualquier medicamento que se le recete y los posibles efectos secundarios, y a retirar su consentimiento para tratamiento. Se me explicó el Consentimiento informado para tratamiento y servicios que antecede y acepto recibir servicios de Options for Southern Oregon.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona/el tutor/el trabajador del caso del DHS

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta de la persona que firma arriba

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del integrante del personal de Options for Southern Oregon

\_\_\_\_\_  
Fecha