

CENTRO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE BERKELEY

INFORMACION DE EMERGENCIA DE EL PACIENTE

Para poder atenderlo mejor, por favor provea la siguiente información:

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

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

Teléfono Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular : \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
(si es diferente de la anterior)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTAR:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono (s): \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico:** (Por favor, marque todo(s) lo(s) que corresponda y muestre su tarjeta de seguro para fotocopiarla)

Ninguno (Please provide prueba de ingreso)  Medicaid  Medicare  Seguro privado

Estado Civil:  Soltera(o)  Casada(o)  Separada(o)  Divorciada(o)  Viuda(o) Raza: \_\_\_\_\_

Registro Militar:  Activo  Anteriormente Rama Militar: \_\_\_\_\_

Número de integrantes de la familia: \_\_\_\_\_ Cuántos hijos tiene el paciente? \_\_\_\_\_

Servicio Electoral?  Si  No pero  Me gustaría registrarme para votar  
 No me gustaría registrarme para votar

El último grado académico completado por el paciente: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabezera (Nombre, Dirección y Número de Teléfono):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para recordarle de su cita, podemos contactarlo (la) por teléfono, mensaje de texto, y/o correo electrónico for appointment reminders?

Por medio de la presente, doy permiso al Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley para enviarme mensajes de recordatorio de citas a través de teléfono, correo electrónico y / o mensajes de texto. Iniciales: \_\_\_\_\_

(SOLO SI EL PACIENTE ES UN MENOR) Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

Gracias por elegir el Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley. CID: \_\_\_\_\_

SUPLEMENTO # UN-53  
 Centro Comunitario de Salud Mental  
 Método para Determinar la Capacidad para pagar la Reducción de Costos

Cliente \_\_\_\_\_ UCID \_\_\_\_\_ Persona que garantiza el pago (si no es el cliente) \_\_\_\_\_  
 No. de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Preparado por: \_\_\_\_\_

INGRESOS	ACTUALES	REVISION	GASTOS EXTRAORDINARIOS	ACTUALES	REVISION
Cliente	\$	\$	Médicos	\$	\$
Esposo(a)/Hogar	\$	\$	Pensión alimenticia/ Mantenimiento Infantil	\$	\$
Asistencia Pública (indique cada tipo) *	\$	\$	Otros gastos no- discrecionales (indique cada tipo) ***	\$	\$
	\$	\$		\$	\$
Pensión alimenticia/ Mantenimiento infantil	\$	\$		\$	\$
Otra (indique cada uno) **	\$	\$		\$	\$
	\$	\$		\$	\$
INGRESOS BRUTOS:	\$	\$	GASTOS BRUTOS:	\$	\$
SALARIOS BRUTOS	MENOS GASTOS BRUTOS		IGUAL AL SALARIO BRUTO AJUSTADO	NUMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES	

\* Indique cada tipo de asistencia pública que usted recibe, como estampillas de comida, AFDC, etc.

\*\* Para otros ingresos más recientes, bienes líquidos o fondos disponibles para pagar facturas médicas como sean las cuentas bancarias, bienes acumulados del pago de beneficios públicos, fideicomiso, etc.

\*\*\* Para gastos recientes no recurrentes, gastos médicos, etc.

Documentación requerida proporcionada:

**RECONOZCO QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA ES CORRECTA Y COMPLETA Y QUE ACTUALIZARE LA INFORMACION SEGUN AFECTE MI CAPACIDAD PARA PAGAR. Si usted proporciona información falsa o incompleta, usted puede estar sujeto a una pena civil o criminal.**

**YO AUTORIZO A CUALQUIER ENTIDAD QUE POSEA INFORMES FINANCIEROS U OTRA INFORMACION RELACIONADA A LA INFORMACION FINANCIERA QUE HE PROPORCIONADO ANTERIORMENTE, A QUE LA DIVULGUE A ESTE CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL PARA QUE SE DETERMINE MI ELIGIBILIDAD, PARA LA REDUCCION DE MIS FACTURAS.**

He recibido una copia completa de este formulario y entiendo que puedo pedir una revisión de mi capacidad de pago en cualquier momento. Esta información puede ser actualizada en cualquier momento y por lo menos una vez al año.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la persona que garantiza el pago (si es aplicable)

Firma del Cliente (Actualización)

Fecha de la Actualización

Fecha

**SI UD. NO COMPLETO UN FORMULARIO DE DEVOLUCION DE TASAS FEDERALES POR INGRESOS EN LOS ESTADO UNIDOS EL AÑO PASADO, Y NO ESPERA COMPLETAR UNO ESTE AÑO - JURO Y DOY FE DE QUE MIS INGRESOS ANUALES ESTABAN POR DEBAJO DEL LIMITE LEGAL PARA RENDIR UN FORMULARIO DE DEVOLUCION DE TASAS FEDERALES EL AÑO PASADO Y ANTICIPO QUE MIS INGRESOS CONTINUARAN BAJO EL LIMITE LEGAL ESTE AÑO.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del Cliente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

*Seguro:*

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

*Aquí certifico que no tengo seguro medico y por lo tanto soy responsable de todos los gastos por los servicios que se me han proporcionado.*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Paciente o Cliente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

*Certifico que acepto la responsabilidad de todos los gastos por los servicios que se le han proporcionado al cliente arriba mencionado.*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la Persona Responsable*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES Y TRATAMIENTOS

Por este medio doy mi autorización y consentimiento a esta institución de salud mental y a sus profesionistas para que realicen o hayan realizado exámenes y/o psicoterapia y/o tratamientos de salud mental relacionados y para administrar medicamentos cuando los miembros profesionistas lo consideren necesario o recomendable, en las consultas conmigo. He recibido una completa explicación de esta declaración y la comprendo.

_____	_____
Testigo	Firma del paciente/cliente
_____	_____
Fecha	Firma del padre/la madre o tutor legal

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Mental de Carolina del Sur, he tenido la oportunidad de revisarlo y hacer las preguntas necesarias:

\_\_\_\_\_ (Si no firma esta autorización, el personal indicará el motivo, en la línea, y colocará sus iniciales)

_____	_____
Firma	Fecha

### OTROS PARTICIPANTES IMPORTANTES QUE PARTICIPARÁN EN LOS SERVICIOS IDENTIFICADOS DEL PACIENTE

Acepto participar en la terapia centrada en el paciente/cliente que firma esta autorización. Entiendo que cualquier información que yo dé, puede ser incluida en el registro médico del paciente y revelada como lo permitan las leyes. También comprendo que si yo quisiera recibir servicios de terapia u otros tratamientos, se necesita un consentimiento por separado para los tratamientos y exámenes.

_____	_____	_____
Participante/Relación	Fecha	Iniciales del empleado
_____	_____	_____
Participante/Relación	Fecha	Iniciales del empleado
_____	_____	_____
Participante/Relación	Fecha	Iniciales del empleado
_____	_____	_____
Participante/Relación	Fecha	Iniciales del empleado
_____	_____	_____
Participante/Relación	Fecha	Iniciales del empleado

Firma e iniciales del profesionista que obtuvo la firma de los participantes arriba indicados:

_____	_____	_____	_____
Iniciales del empleado	Firma del empleado	Iniciales del empleado	Firma del empleado

## LISTA DE CHEQUEO DE ORIENTACION PARA LOS CONSUMIDORES

Yo he recibido esta información sobre el Centro de Salud Mental

1. NUESTRA MISIÓN
2. HORAS DE OFICINA/CITAS
3. EL CLIENTE Y LA EDUCACIÓN DE LA FAMILIA
4. SU TRATAMIENTO
5. ¿QUÉ SE ESPERA DE USTED COMO CLIENTE?
6. PERSONAL CALIFICADO
7. CONFIDENCIALIDAD
  - a. AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDA
8. SUGERENCIAS/QUEJAS
9. LOS DERECHOS DEL CLIENT
10. TRANSPORTE
11. CÓMO COBRA EL CENTRO POR LOS SERVICIOS?
  - a. PRECIO POR SERVICIO CLÍNICO
  - b. TIPOS DE SERVICIOS PROPORCIONADOS
12. SEGURIDAD MIENTRAS QUE ESTE EN EL CENTRO
13. PLANEAMIENTO LEGAL PARA EL FUTURO
14. INSTRUCCIONES POR ADELANTADO/DECLARACION PARA TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL.

\_\_\_\_\_  
Firma Del paciente o del guardia legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Negándose a usar a un Intérprete/Comunicador Calificado.**

Yo entiendo que el Centro de Salud Mental me ha ofrecido el proporcionarme a un intérprete calificado o comunicador sin costo para mí o para mi familia. Los beneficios de dicho intérprete se me han explicado.

No deseo usar a un intérprete o comunicador proporcionado por el Centro de Salud Mental.

Entiendo que en cualquier momento, yo puedo pedir al Centro de Salud Mental que me proporcione con un intérprete o comunicador calificado.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

# ESTADO DE CAROLINA DEL SUR

## FORMULARIO PARA EL REGISTRO/DECLINACIÓN DEL VOTANTE

Si usted aún no se ha registrado para votar en el lugar de su residencia - ¿Le gustaría llenar esta solicitud en el día de hoy para registrarse como votante?

Si

No

Ya estoy registrado para votar

Me registraré por medio de solicitud por correo

El solicitar ó declinar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que usted pueda recibir de ésta agencia.

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, ARRIBA INDICADAS, SE ENTENDERÁ QUE UD. NO ESTA DECIDIDO(A) A VOTAR EN ESTOS MOMENTOS.

Si usted necesita ayuda para completar esta solicitud, nosotros se la daremos. La decision de buscar ó de aceptar ayuda es suya. Ud. puede completar la solicitud en privado.

Si Ud. decide no registrarse para votar, su decisión se mantendrá en confidencialidad y solo se usará para los propósitos del registro de votantes.

Si Ud. se registra para votar, la información de la oficina en donde fue sometida la solicitud se mantendrá en confidencialidad y solo se usará para los propósitos del registro de votantes.

---

Firma del Aplicante/Declinante

---

Fecha

---

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o declinar registrarse a votar, con su derecho a la privacidad para decidir registrarse para votar ó de solicitar registrarse para votar, usted puede presentar su queja a la siguiente dirección:

Sr. James F. Hendrix, Director Ejecutivo  
Comisión Estatal de Elecciones  
Apartado Postal 5987  
Columbia, SC 29250  
(803) 734-9060

**Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley**  
**Contrato de Expectativas de la Terapia**  
**Programa de Servicio para el Adulto**

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **CID#** \_\_\_\_\_

En el Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley, nos esforzamos por facilitar el mejor tratamiento para todos nuestros pacientes. Usamos el Modelo de Tratamiento de Servicios para el Adulto y el Sistema de Niveles de Cuidado para así poder cumplir con sus necesidades únicas, y diseñar un plan de tratamiento que lo ayude a lograr su objetivo. Como mencionamos en el folleto Modelo de Tratamiento de Servicio para el Adulto, usamos las dos modalidades de terapia individual y de grupo para ayudar a nuestros pacientes a lograr dichas metas.

He recibido una copia del folleto Modelo de Tratamiento de Servicio de Adulto y he tenido la oportunidad de preguntar sobre los servicios del Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley y las 3 fases de tratamiento (Terapia Individual, Terapia de Grupo, y Re-evaluar el Nivel de Cuidado). Estoy de acuerdo en participar en mi Plan de Cuidado y seguir las recomendaciones de mi equipo de tratamiento, para así cumplir con mis objetivos.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Sabemos que nuestros pacientes obtienen lo mejor de las terapias si es que ellos consistentemente asisten a las sesiones. Consideramos mantener horas de sesiones disponibles para pacientes que necesitan y quieren ser vistos. Por lo tanto, le pedimos a usted que esté de acuerdo con los siguientes enunciados:

**Por favor escribe sus iniciales al lado de cada declaración:**

\_\_\_\_\_ Si necesito cancelar una sesión llamaré a mi terapeuta por lo menos 24 horas antes de la hora de mi cita.

\_\_\_\_\_ Si es que estoy enfermo, llamaré a mi terapeuta lo más pronto posible para cancelar mi sesión. En la medida de lo posible, requerimos veinticuatro (24) horas de aviso para cancelar una cita. (Nota: Por favor no venga al centro si es que usted está enfermo. Esperamos que usted se cuide y prevenga la propagación de enfermedades contagiosas a nuestro personal y otros pacientes.)

\_\_\_\_\_ Si tengo dificultad recordando mis citas, hablare con mi terapeuta para formar un plan para asegurar que atenderé a mis sesiones.

Porque los objetivos de mi tratamiento no pueden ser cumplidos si es que mis sesiones no son consistentes, entiendo que mi caso podría ser dado de baja si es que no cumplo con estas expectativas. Mi firma abajo indica que entendí y estoy de acuerdo en cumplir con este contrato de expectativas de terapia.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **CENTRO DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE BERKELEY**

**¿QUIERE DESIGNAR A UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON LA CUAL SU PROVEEDOR MEDICO PUEDA DISCUTIR SU CONDICION MEDICA? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO**

### **SI RESPONDE "SI", ¿A QUIEN? (Vea forma M-450D)**

Si responde "SI" complete y firme la forma M-450D "AUTORIZACION PARA DIVULGAR LA INFORMACION PROTEGIDA POR SCDMH SOBRE SU SALUD" indicando su preferencia. Si esto aplica a una SCDMH especifico, SCDMH/DIS forma M-450J Autorización (la cual expira cuando sea dado de alta) puede ser usada en su lugar.

Usted puede anular o modificar su Autorización por escrito de la forma en que esta Autorización describe más adelante.

Este comunicado y cualquier otra divulgación resultante es sujeto a las leyes aplicables, incluyendo Sección 44-66-75 (A), Código Legal de Carolina del Sur, en su versión modificada, (requiere este Aviso); 45 CFR parte 160 (HIPAA); 42 CFR parte 2 (drogas y Alcohol); 44-22-100, código de SC (SCDMH confidencialidad del paciente); y SCDMH Practicas de Privacidad, la cual puede permitir, pero no requerir, dicha declaración con la aplicable Autorización.

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

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

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DE SCDMH

Yo, \_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante) Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Fecha \_\_\_\_\_, SS# \_\_\_\_\_, Registro médico # \_\_\_\_\_ autorizo a divulgar mi información médica de SCDMH

como se indica a continuación, para los siguientes fines: \_\_\_\_\_

Autorizo a divulgar la información siguiente del periodo de tiempo desde el: \_\_\_\_\_ sta \_\_\_\_\_

La información de **todas** las instituciones, centros, clínicas, oficinas y programas hospitalarios y no hospitalarios

O

La información de (nombre del hospital) \_\_\_\_\_

**Y La información autorizada a ser divulgada incluye: La información debe ser divulgada a:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información anterior<br><input type="checkbox"/> Diagnósticos<br><input type="checkbox"/> Historia clínica y evaluación<br><input type="checkbox"/> Fechas de admisión y alta<br><input type="checkbox"/> Resúmenes del progreso del plan de tratamiento<br><input type="checkbox"/> Resumen del alta (resumen del tratamiento)<br><input type="checkbox"/> Órdenes de medicamentos del médico<br><input type="checkbox"/> Historia e historia<br><input type="checkbox"/> psiquiátrica y física y examen del estatus mental<br><input type="checkbox"/> Notas del especialista<br><input type="checkbox"/> Información de la facturación y pagos<br><input type="checkbox"/> Resumen escrito (copia adjunta)<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | Nombre _____<br>Dirección: _____<br>No. de teléfono: _____<br>Parentesco: _____ |
|--|---|

Comprendo que la información anterior está protegida por las leyes aplicables si este formulario no está completo, es posible que SCDMH no pueda divulgar la información. Comprendo que la información puede incluir abuso de alcohol/drogas y/o VIH/SIDA/ARC e información de otras enfermedades infecciosas sobre mí. No quiero que la siguiente información sea divulgada:

Esta Autorización es válida por un año a partir de la fecha en que la firmo, a menos que se especifique aquí alguna fecha o acontecimiento

Comprendo que la información divulgada puede estar sujeta a que vuelva ser divulgada por la entidad nombrada anteriormente. Puedo cancelar esta Autorización escribiendo al Funcionario de Privacidad local, de donde recibí o recibí tratamiento. Comprendo que si cancelo esta Autorización, SCDMH no puede recuperar ningún uso o divulgación hechos con mi Autorización, y SCDMH debe guardar registros de mi tratamiento. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y mi negación no limitará mi acceso al tratamiento ni a otros servicios de SCDMH. También comprendo que las leyes aplicables pueden permitir o requerir el uso, divulgación o volver a divulgar la información acerca de mí, sin mi autorización. Me han dado una copia de esta Autorización.

Firma del Individuo/representante personal	Escriba el nombre en letra de molde	Fecha
--	-------------------------------------	-------

Autoridad si está firmado por el representante \_\_\_\_\_

Firma del personal de DMH que divulga la información	Escriba el nombre en letra de molde	Método de divulgación	Fecha de la divulgación
--	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------

Identificación del paciente

## ELECTRONIC COMMUNICATION CONSENT FORM

As a patient or caregiver of a patient at South Carolina Department of Mental Health (SCDMH), you may wish to communicate with SCDMH staff by email. Your health is important to us and we will make every effort to reasonably comply with your request. We may deny requests for email communications if or when your clinician determines that it would not be in your best interest.

Our office will use reasonable means to protect the privacy of email information sent and received. However, we cannot guarantee the security of email communication. Patients must consent to the use of email for patient information, billing, and communication.

Below are policies outlining when and how email should be utilized to maintain your privacy and to enhance communication, as well as a place for you to acknowledge your consent to its use. Your decision to use email is voluntary and your consent may be withdrawn at any time.

### **When may I use email to communicate with SCDMH staff?**

Email may be used for routine requests. Some examples are:

- Appointment scheduling
- Appointment reminders
- Routine questions
- Referral information
- Requests for medical excuses
- Telehealth links
- Other matters not requiring an immediate response

### **When should I NOT use email to communicate with SCDMH staff?**

Email should never be used:

- In an emergency—use the 24 hour crisis line for emergencies (833-364-2274)
- If you are experiencing any desire to harm yourself or others
- If you are experiencing a severe medication reaction
- To communicate highly sensitive topics
- If you need an immediate response

### **What are the risks of using email?**

Risks of communicating via email include but are not limited to:

- Email may be accidentally sent to an unintended recipient.
- Email may be intercepted by hackers and redistributed.
- Employers/online services may have a legal right to inspect and keep emails that pass through their system.
- Email is easier to falsify than signed hard copies. In addition, it is impossible to verify the true identity of the sender, or to ensure that only the recipient can read the email.
- Emails can introduce viruses, malware, or other malicious programs that may damage the computer.
- Email can be used as evidence in court.
- Emails can be intercepted, forwarded, circulated, stored or even changed without the knowledge or permission of either the sender or recipient.
- Copies of an email may continue to exist, even after the email is deleted.

Patient ID:

**What happens to my messages?**

- Emails will be maintained as a permanent part of your medical record.
- As part of your permanent record, they may be released along with the rest of the record upon your authorization or when it is otherwise legally required to do so.
- Messages may be seen by staff for the purpose of filing or carrying out requests (e.g., appointment scheduling).

**What are my obligations?**

- I must let SCDMH staff know immediately if my email address changes.
- If I do not receive a response within 24 hours, or the timeframe discussed by my clinician, I will contact him/her by telephone if a response is needed.
- I will use email communication only for the purposes stated above.
- I will advise my clinician in writing, should I decide that I would prefer not to continue communicating via email

**What steps has SCDMH taken to protect the privacy of my email communications?**

- SCDMH email encrypts email messages.
- Every SCDMH computer has a password protected screen-saver.
- SCDMH staff are educated on the appropriate use and protection of email.
- SCDMH staff will not forward patient email to third-parties without your express consent.

**What steps can I take to protect my own privacy?**

- Do not use your work computer to communicate with SCDMH, as your employer has a right to inspect emails sent through the company's system.
- Do not use a shared email account to transmit messages.
- Log out of your email account if you will be away from your computer.
- Carefully check the address before hitting "send" to ensure that you are sending your message to the intended receiver.
- Avoid writing or reading emails on a mobile device in a public place.
- Avoid accessing email on a public Wi-Fi hotspot.

**Encryption Waiver**

SCDMH staff will encrypt all emails sent outside of the SCDMH agency network to protect your privacy. If you are unable to accept encrypted communication for any reason, but still would like to accept emails from SCDMH, you may waive your right to encryption, with the understanding that your information will be less secure.

Please initial here if you prefer NOT to use encryption \_\_\_\_\_.

**CONSENT TO EMAIL USE**

By signing below, I consent to the use of email communication between myself and SCDMH. I recognize that there are risks to its use, and despite SCDMH's best efforts, confidentiality cannot be guaranteed. I understand and accept those risks and the policies for email use outlined in the form. I agree to follow these policies and agree that should I fail do so, SCDMH may cease to allow me to use email to communicate with SCDMH. I also understand that I may withdraw my consent to communicate via email at any time by notifying SCDMH staff in writing.

\_\_\_\_\_  
Name of Patient/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Guardian

\_\_\_\_\_  
Email Address

Patient ID:
-------------