

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 Cabeza (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

<i>Cliente</i>		<i>UCID</i>	<i>Persona que garantiza el pago (si no es el cliente)</i>		
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:

Aqui 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 informacion sobre el Centro de Salud Mental

1. NUESTRA MISION
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

Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley
Contrato de Expectativas de la Terapia
Programa para Niños, Adolescentes, y Familias (CAF)

Paciente: _____

CID# _____

En el Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley, nos esforzamos por facilitar el mejor tratamiento para todos nuestros pacientes. Nosotros involucramos a los padres/tutores en todos los aspectos del tratamiento del niño y creamos un plan de tratamiento que ayude a lograr los objetivos de su hijo(a) y su familia.

He recibido una copia del folleto Niños, Adolescentes, y Familias (CAF) Servicio Clínico y he tenido la oportunidad de preguntar sobre los servicios del Centro de Salud Mental de la Comunidad de Berkeley y la información de "Nosotros Creemos". Estoy de acuerdo en participar en el Plan de Cuidado de mi hijo(a) y seguir las recomendaciones del equipo de tratamiento de mi hijo(a), para así cumplir con nuestros objetivos.

Firma de los Padres/Tutor Legal

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 atendidos. Por lo tanto, le solicitamos a usted, que esté de acuerdo con los siguientes enunciados:

Por favor firme con sus iniciales, la aceptación de cada declaración:

_____ Si necesito cancelar una sesión, llamare al terapeuta de mi hijo(a) por lo menos 24 horas antes de la hora de la cita.

_____ Si es que mi hijo(a) o yo estoy enfermo(a), llamaré al terapeuta de mi hijo(a) 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 su hijo(a) o usted está enfermo(a). Esperamos que usted se cuide y prevenga la propagación de enfermedades contagiosas a nuestro personal y otros pacientes.)

_____ Si tengo dificultad recordando las citas de mi hijo(a), hablare con el terapeuta de mi hijo(a) para formar un plan que asegure que mi hijo y/o yo atenderé a las sesiones.

Porque los objetivos del tratamiento no pueden ser cumplidos si es que mis sesiones no son consistentes, entiendo que el caso de mi hijo(a) 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 de los Padres/Tutor Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

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 to 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:



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.

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 to 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