

Bienvenido al Centro de Salud Mental de Aurora!

Favor de completar los documentos en este paquete y traer los con usted el día de su cita. Su cita está programada para: _____.

Incluido en este paquete son los siguientes documentos:

1. Forma de Registración (3 paginas): Favor de llenar el formulario con la mayor cantidad de información que pueda y marcar "N/A" en las partes que no sabe.
2. Autorización para divulgar información (1 pagina): Favor de llenar esta hoja con la información de doctor de cabecera, persona familiar, o cualquier persona que usted quiera que obtenga información sobre su tratamiento con nosotros.
3. SOLO PARA MENORES. Confirmación de toma de decisiones legales para un menor. (1 pagina): Favor de indicar quien es la persona con decisión medica del menor y firme la página. Favor de anotar que son los documentos que ocupamos nosotros para el día de la cita.

Si tiene preguntas adicionales o preocupaciones sobre los documentos, esta bienvenido a ser preguntas con el proveedor que vea el día de su cita antes de firmar los documentos. Favor de llegar unos minutos antes de la cita para revisar la información. Si no puede llenar los formularios, llegue por lo menos 15 minutos antes de la cita para tener tiempo suficiente de llenar los en la oficina. Todos que son menores tienen que tener un guardián legal con ateniendo la cita con ellos.

Esperamos con interés trabajar con usted!

BOARD OF DIRECTORS

Officers

Mark Stephenson, **President**
Lynn Donaldson, **Vice President**
Thomas Ashburn, **Treasurer**
Nancy Jackson, **Secretary**

Aditi Ramaswami
Betsy Oudenhoven
Brian Bagwell
Carol Chambers
David Patterson
David Walcher

Gigi deGala
Larry Dávila
Linda Davison
Lynn Donaldson
Marsha Berzins

Ora Plummer
Paritosh Kaul, MD
Peter Cukale
Rachel Nunez
Ron Frierson

Rudy Lie
Stephan Ghadaifchian
Stephanie Nghiem
Terry Todd
Tim Huffman

Government Appointees

Cathy Wildman, Aurora Public Schools
Mary Hodge, Adams County
Nancy Jackson, Arapahoe County

Client Registration Form

CID

Apellido legal	Nombre legal
----------------	--------------

Nombre de preferencia/apodo	Número de seguro social # ____ - ____ - _____	Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____
Idioma materno	Segundo idioma	Género ☐ Masculino ☐ Femenino
Raza (Seleccione todos los que le apliquen) ☐ Indio o Nativo Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativo Hawaiano/Islands del Pacifico ☐ Blanco/caucásico	Etnicidad (Seleccione todos los que le apliquen) ☐ No Hispano ☐ Hispano/Cubano ☐ Hispano/ Puerto Riqueño ☐ Otro origen hispánico ☐ Hispano/Mexicano	Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Casado, Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo/viuda
Identidad de género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otra identidad de género ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Intergénero /bigénero	Pronombres ☐ Él/ De Él ☐ Ella/De ella ☐ Ellos/De ellos ☐ Otro _____	Orientación sexual ☐ Heterosexual ☐ Asexual ☐ Bisexual ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ No se ☐ Otro _____

Discapacidades	Adaptaciones necesarias
☐ Sordo/Pérdida auditiva ☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Ciego/Perdida de la vista ☐ Discapacidad del aprendizaje ☐ Lesion cerebral traumática ☐ Otro _____	☐ Intérprete ☐ Asistencia para leer ☐ Lenguaje de señas ☐ Cuarto con acceso para silla de ruedas ☐ Transporte

Número principal (____) - ____ - _____	☐ Tel fijo ☐ Celular	☐ No llamar	☐ No deje mensaje	☐ No envíe mensaje de texto
Número secundario (____) - ____ - _____	☐ Tel fijo ☐ Celular	☐ No llamar	☐ No deje mensaje	☐ No envíe mensaje de texto
Correo electrónico				☐ No envíe correo electrónico

Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal
Pais	Escuela/Distrito Escolar	

Médico de cabecera		Tel (____) - ____ - ____
Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal

Contacto de emergencia		
Relación	Teléfono (____) - ____ - ____	
Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal

Cuidador/persona responsable ☐ Igual que el contacto de emergencia		
Relación	Teléfono (____) - ____ - ____	
Dirección	Ciudad/Estado	Código Postal

Personas con las que vive en el hogar (seleccione todas las opciones que apliquen a su caso)		
☐ Solo ☐ Con cuidador ☐ Madre ☐ Padre ☐ Padres adoptivos ☐ Hijo (s) ☐ Familiares ☐ Esposo ☐ Pareja ☐ Personas que no son familiares ☐ Hermanos		

Otros miembros del hogar		
<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i> ____/____/____	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i> ____/____/____	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i> ____/____/____	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i> ____/____/____	<i>Relación</i>
<i>Nombre</i>	<i>Fecha de nacimiento</i> ____/____/____	<i>Relación</i>

Lugar de residencia		
☐ Vivienda independiente ☐ Sin hogar ☐ Vivienda con asistencia ☐ Asilo ☐ Casa de adopción ☐ Hogar en grupo ☐ Vivienda para gente sobria en rehabilitación ☐ Unidad de tratamiento en fase aguda/Adultos ☐ Internado ☐ Cárcel/ correccional de menores ☐ Centro de rehabilitación ☐ Hospital ☐ Lugar de tratamiento residencial (MH Adulto) ☐ Lugar de tratamiento residencial (Otro) ☐ Lugar de tratamiento residencial /grupal ☐ Vivienda subsidiada por algún apoyo		

Estatus laboral		
☐ Discapacitado ☐ Empleado tiempo completo (35+ horas por semana) ☐ Empleado medio tiempo (Menos de 35 horas por semana) ☐ Preso ☐ Soldado ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Desempleado, empleo con apoyo, ama de casa ☐ Voluntario		

Estatus militar		
¿Está o alguna vez ha estado en el ejército? ☐ Si ☐ No		

Declaración anticipada de Tratamiento	
¿Tiene alguna declaración anticipada? ☐ Si ☐ No ☐ No sé	¿Quiere añadir una declaración anticipada al expediente? ☐ Si ☐ No

Fuente principal de ingresos (seleccione todas las opciones que apliquen para usted)	
☐ Empleo legal	☐ Asistencia pública, programas de bienestar
☐ Discapacidad, Compensación para trabajadores	☐ Otro
☐ Pensión, retiro, seguro social	
☐ Ninguno	
SSI (Supplemental Security Income): ☐ Si ☐ No	SSDI (Social Security Disability): ☐ Si ☐ No

Ingreso mensual \$ _____	Ingreso anual del hogar \$ _____
Número de personas que mantiene con su ingreso (incluyéndose a usted):	Número de hijos menores a 18 años que dependen de usted:

Su visita es relacionada a una herida o accidente originado en el trabajo? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿A quién le debemos cobrar por los servicios médicos? _____

Seguro médico principal		
Nombre del beneficiario del seguro médico		Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Teléfono(____) - ____ - ____	Número de ID	Número del grupo
Segundo beneficiario		
Nombre del beneficiario del seguro médico		Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Teléfono(____) - ____ - ____	Número de ID	Número del grupo

Fuente de referencia	
Individuo u organización de referencia	¿Quién lo refirió?

En caso de emergencia, yo autorizo al centro contactar a al contacto de emergencia que enlistado arriba.

Además, su firma indica que usted está autorizando al centro llamar/mandar mensaje/mandar un correo electrónico en base a la preferencia que usted seleccionó, tomando en cuenta que algunas formas de comunicación electrónica pueden dejar su privacidad abierta al acceso de otras personas.

Firma del cliente	Fecha
Firma del padre o cuidador principal (si es menor de 18)	Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

(all information on this form is required to complete a Registration)

Forms/Agreements Given	☐ English	☐ Spanish	☐ Not Given	☐ Declined	☐ N/A
Insurance Cards Scanned	☐ Yes	☐ No			
Identification Card Scanned	☐ Yes	☐ No			

CENTRO DE SALUD MENTAL EN AURORA

11059 East Bethany Drive Suite 200 • Aurora, CO 80014 • Ph 303.617.2300

Contacto del Centro: Tricia O Diana en Medical Records Fx 303.617. Ph 303.617.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Nombre de Cliente (con letra de imprenta)

No de Seguro Social

Fecha de Nacimiento

CID

Yo autorizo al Centro de Salud Mental en Aurora a intercambiar información con:

Nombre del Persona u Organización

Teléfono

Fax

Dirección

Cuidad/Estado/Código Postal

Solicito que los registros se publiquen en el siguiente formato:

☐ Información Verbal ☐ Impreso ☐ Electrónico ☐ Certificado

Solicito que los registros se publiquen de la siguiente manera:

☐ Correo ☐ Fax ☐ Recogido ☐ Correo Electrónico Seguro (Si selecciono, favor de poner correo electrónico: _____)

La información para ser revelada incluye:

☐ Historial de Salud Completo O marce abajo:

☐ Historia de Medicamentos

☐ Evaluaciones Psiquiatricas/Psicológicas

☐ Notas de Progreso

☐ Planes de Servicio

☐ Resumen de Alta

☐ Estudios de Laboratorio

☐ Evaluación de admisión

☐ Otro: _____

Fechas Incluyen: ☐ Ultimas 4 semanas ☐ Ultimos 6 meses ☐ Año pasado ☐ Otro: De ____ a ____ **El propósito de esta forma es para:** ☐ Continuidad del tratamiento ☐ Otro _____

YO ENTIENDO que la información que sera revelada podrá incluir información relacionada al abuso de drogas y alcohol o alcoholismo; y que esta información esta protegida por la ley federal [42 CFR Parte 2]. La información revelada también podrá incluir condiciones psiquiatricas y de la VIH/SIDA.

YO ENTIENDO que la información revelada conforme a esta Autorización podrá ser revelada por el recipiente y tal vez ya no podrá ser protegida por la Regulación de Privacidad Federal [45 CFR parte 164].

YO ENTIENDO que yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento al dar mi aviso por escrito al Centro, excepto en el caso que el Centro ya haya tomado acción en esta solicitud. Esta Autorización se vencerá el _____ (fecha), o, si queda en blanco, año desde la fecha de mi firma. Yo le quito el cargo al Centro de toda responsabilidad legal por haber revelado la información solicitada.

YO ENTIENDO que tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios tal vez no podrán ser condicionados al firmar esta Autorización.

AVISO AL RECIPEnte DE ESTA INFORMACION

Esta información ha sido revelada a usted a través de historiales protegidos por reglas confidenciales federales [42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 164]. Una autorización general para la revelación de esta información a menos que más revelación de la información sea otorgada/permitida por medio de un consentimiento escrito de parte de la persona a quien le pertenezca o si es permitido por 42 CFR Parte 2 o 45 CFR Parte 164. Una autorización general para la revelación de información médica u otra información NO es lo suficiente para este propósito. Las reglas federales restiñen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Firma de Cliente o Representante Legal

Fecha

Nombre del representante Legal (con letra de imprenta)

Teléfono

Si usted es un Representante Legal, por favor circule uno: Madre o Padre de un menor de edad / Guardián / Custodio / GAL / MDPOA / Representante Personal (Albacea de Bienes)

IPor la presente yo revoco esta Autorización para Revelar Información

Firma de Cliente o Representante Legal

Fecha

Una copia o facsímile de esta Autorización es valida así como la original.

Confirmación de toma de decisiones legales para un menor

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ CID: _____

Yo, _____ doy testimonio que bajo la siguiente autoridad, puedo dar consentimiento legal para tratamiento de salud mental, tratamiento médico y/o tratamiento de abuso de sustancias, para el niño menor de edad nombrado.

_____ **Padre biológico/adoptivo o persona con patria potestad**

_____ **Tengo completa autoridad legal para hacer decisiones médicas para el menor de edad.** (Si los padres están separados o si está divorciado del otro padre biológico, provea un documento legal que indique que usted tiene la completa autoridad legal para hacer decisiones médicas para el menor de edad.

Las decisiones médicas se comparten entre:

_____ **Y** _____

(En caso de separación o divorcio, Aurora Mental Health Center requiere que los dos padres/ den consentimiento para tratamiento de salud mental. Como el padre presente, por favor provea la información necesaria del segundo padre y haremos contacto con el para pedir consentimiento en el tratamiento del menor

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

Si el otro padre/persona con patria potestad no está presente para firmar, por favor explique:

_____ **Yo mismo:** Soy menor de edad pero mayor de 15 años y deseo dar consentimiento para mi tratamiento.

_____ **Representante del Departamento de Servicios Humanos:** (Se requiere que el DHS de consentimiento para tratamiento de los niños que están bajo su custodia legal y que provea un documento legal que indica que tiene la completa autoridad legal para hacer decisiones médicas para el menor. Adjuntar remisión firmada electrónicamente indicando la autoridad legal y el consentimiento para tratamiento.)

_____ **Otro:** Por favor explique abajo y adjuntar una explicación verificando autoridad legal:

***Tenga en cuenta que sin los documentos legales requeridos no podemos dar tratamiento al menor.

Firma del Padre/Guardián/Cliente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padre/Guardián/Cliente: _____ **Fecha:** _____