



INFORMACIÓN DE REGISTRACIÓN

Nombre del Cliente: _____

Teléfono primario: _____ CASA CELULAR
 EMPLEO OTRO

USO EXCLUSIVO DE
Health Solutions West
ID _____

¿Se puede llamar? Sí No

Otro Teléfono: _____ CASA CELULAR EMPLEO OTRO

¿Se puede llamar? Sí No

Correo electrónico: _____

Prefiero que me contacten por teléfono de casa Celular Texto Correo electrónico
 No me contacten por llamadas automatizadas No me contacten de ningún modo

Domicilio Físico: _____

Ciudad: _____ Estado.: _____ Código Postal: _____

¿Es usted Residente de la Ciudad? Sí No ¿Dirección postal igual que el Domicilio Físico?

Sí No

Si No: Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado.: _____

Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ #Seguro Social: _____

Sexo: Femenino Masculino

Si usted solicita tratamiento para uso de sustancias y mide alguno de lo siguiente por favor informe al personal en recepción:

- Usuario de drogas intravenosas
- Está embarazada o tiene hijos dependientes
- Hospitalización involuntaria ordenada por la corte

Raza: Indio Americano /Nativo de Alaska Asiático Afro-Americano Nativo de Hawái/Isleño Pacífico Blanco/Caucásico

Etnicidad: Hispano NO Sí Mexicano Puertorriqueño Cubano Otro Hispano Se negó

Situación de Vivienda: Solo Niños Padre Padres Temporales Guardián Madre Padres Pareja Parientes/Familiares Hermanos(as) Esposo(a) Persona sin Parentesco

Estado Civil: Soltero(a) Casado/a Separado/a Viudo/a Divorciado/a

Nivel de Fumar/Tabaco: Fumador/Usuario Actual de Tabaco – Todos los Días

Fumador/Usuario Actual de Tabaco periódicamente Fumador/Usuario de Tabaco Anteriormente
 Nunca Fumó/Usó Tabaco Se negó

Idioma Primario: _____ **Otro Idioma:** _____

¿Necesita un Intérprete? Sí No

¿Quién le recomendó Health Solutions West? Ejemplos: Usted mismo, Amigo, Ministro, Escuela, Libertad Condicional, Empleador, etc. _____

Estado Militar: Nunca estuvo en el Servicio Militar Activo Baja Honorable

Baja Administrativa Baja Deshonrosa

Empleo: Tiempo Completo (35 horas +/-semana) Medio Tiempo (menos de 35 horas/semana) Ama de casa, no empleada Empleo Apoyado No en la Fuerza Laboral Militar Desempleado Estudiante
 Jubilado Discapacitado Prisionero Voluntario

Educación: Nivel en Años: _____ (Secundaria = 12; Universidad = 16 etc.)

INGRESOS:

Ingresos Anuales del Hogar: \$ _____ **Fuente Primaria:** _____

Número de personas que los ingresos mantienen: _____ **¿Cuántos menores de 18 años?** _____

_____ **Actualmente, estoy sin hogar. No tengo alojamiento de noche permanente.**

Soy Ciudadano de los EE.UU. Soy Inmigrante Documentado. SÍ NO

Se usa esta información para determinar recursos de fondos públicos y NO se usará para negar servicios. Es posible que califique para un descuento. Por favor presente prueba de sus ingresos. Prueba se define como 1) Talones de cheques de pago más recientes de los últimos 60 días (2 meses) de todos los empleadores de miembros del hogar. Miembros del hogar se consideran los que reciben 50% o más de manutención del hogar. 2) Para personas que trabajan por cuenta propia o si no tiene talones de cheques de pago, estados de cuenta bancarios más recientes (60 días). 3) Si está desempleado, documentación de una agencia de desempleo. 4) Si no tiene hogar, y vive con otra persona y no contribuye al hogar, la persona con quien vive debe firmar el formulario de Mind Springs de Atestación de Compartimiento de Vivienda.

Directivas Avanzadas

¿Le gustaría información sobre las Directivas Avanzadas? Sí No

Si tiene una Directiva Avanzada, ¿podemos obtener una copia? Sí (Por favor traer una copia a nuestra oficina) No

Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ **Relación al Cliente:** _____

Teléfono _____ **Otro teléfono** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado.:** _____

Código Postal.: _____

¿Enviamos su estado de servicios por correo a otra persona? NO SÍ

Nombre: _____ Relación al Cliente: _____

Teléfono _____ Otro teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado.: _____

Código Postal: _____

¿Debemos llamar a otra persona para recordarle a usted de sus próximas citas? NO SÍ

Nombre: _____ Relación al Cliente: _____

Teléfono _____ Otro teléfono _____

¿Tiene un Proveedor de Atención Primaria o Guardián Legal? NO SÍ

Nombre: _____ Relación al Cliente: _____

Empleador _____ Teléfono _____ Otro teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado.: _____

Código Postal: _____

Motivo por solicitar servicios

Solo para personas con seguro médico, ingrese el número de la Lista de quejas Principales (Chief Complaint List)

Tengo Medicaid Tengo seguro médico por mí mismo(a) Tengo seguro médico por parte de esposo(a)/padre(s) Si el cliente es menor de edad, ¿existe una declaración de divorcio indicando cual seguro médico es primario? Sí No

Tengo beneficios de EAP por parte de mi empleador Empleador _____

Beneficios de EAP pueden requerir una autorización lo cual es su responsabilidad de obtener. Por favor contacte su Departamento de Recursos Humanos para más información.

Compañía de Seguro Médico Primario _____

Nombre de persona Asegurada/Titular del seguro medico _____

Relación al Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

#Seguro Social _____ Empleador _____

Compañía de Seguro Médico Secundario _____

Nombre de persona Asegurada/Titular del seguro medico _____

Relación al Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

#Seguro Social _____ Empleador _____

____ Por este conducto solicito servicios para mí y/o mis dependientes en Health Solutions West. Certifico que 1) la cantidad de personas en el hogar que declare anteriormente es correcta; 2) es correcta mi declaración de los ingresos en el hogar; 3) Entiendo que el pago se debe efectuar en el momento de los servicios.

____ ***Doy fe de que yo y/o mis dependientes no tenemos seguro médico o que tenemos seguro médico insuficiente que no cubre los beneficios de salud mental o abuso de sustancias. Deseo solicitar una tarifa de escala de pago.***

____ Si corresponde, solicito que mi compañía de seguro médico u otra cobertura de terceros paguen toda reclamación directamente a Health Solutions West. Autorizo el pago de beneficios de seguros medicos directamente a Health Solutions West por servicios prestados. Autorizo a Health Solutions West para que divulgue toda información respecto a mí y/o a mis dependientes que se requiera para procesar la reclamación

de seguro médico. Autorizo a mi compañía de seguro médico para que divulgue a Health Solutions West cualquier información respecto a mis reclamaciones de seguro médico con Health Solutions West. Entiendo que soy responsable económicamente a Health Solutions West de cualquier dinero pagado directamente a mí por mi compañía de seguro médico para dichos servicios.

Firma del Cliente o de la Persona Autorizada

Fecha

Nombre en Letra de Molde

Firma del Personal de Finanzas de Mind Springs Health

Fecha de Entrada de Datos



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Entiendo que Health Solutions West ofrece servicios de tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias. Estoy de acuerdo con el tratamiento para

Mí Mi hijo La persona de la que soy tutor/custodio legal

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:

He recibido el folleto de Derechos del Cliente y folletos relevantes que describen mis responsabilidades como cliente de HEALTH SOLUTIONS WEST. Entiendo que es mi derecho hacer preguntas si necesito aclaraciones o tengo inquietudes. Entiendo que Health Solutions West me prohíbe grabar audios o videos de cualquiera de mis servicios de tratamiento. Health Solutions West no grabará mis sesiones de tratamiento sin mi consentimiento por escrito.

RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD:

Entiendo que una copia del Aviso de prácticas de privacidad actual está disponible para su revisión a mi solicitud, y en el sitio web de Health Solutions West. Puedo hablar con el Oficial de Privacidad para obtener más información.

ACUERDO FINANCIERO Y/O ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Solicito a mi compañía de seguros u otra cobertura de terceros que pague todos los reclamos directamente a Health Solutions West. Si mi seguro determina que un servicio no está cubierto, entiendo que soy financieramente responsable del pago total de los cargos asociados. Entiendo que tengo derecho a solicitar a los proveedores de la red que presten todos los servicios cubiertos. Si tengo que recibir servicios de un proveedor fuera de la red porque no hay un proveedor dentro de la red disponible, entonces lo máximo que se me puede facturar por los servicios cubiertos es mi costo compartido dentro de la red. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier copago o coseguro determinado por mis beneficios de seguro, y este pago se espera en el momento del servicio. En el caso de que no cumpla con mi obligación financiera con Health Solutions West, entiendo que mis servicios se pueden reprogramar y/o terminar.

QUEJAS:

Entiendo que una copia de la Política de reclamaciones actual está disponible para su revisión a mi solicitud, y en el sitio web de Health Solutions West. Entiendo que puedo presentar una reclamación u obtener la asistencia de un defensor del cliente sin perjudicar mi atención.

CONTACTO DE SEGUIMIENTO Y ENCUESTAS:

Entiendo que Health Solutions West o sus representantes pueden comunicarse conmigo por correo electrónico, mensaje de texto o teléfono, obtener información de seguimiento o preguntar sobre mi satisfacción con el tratamiento o los servicios. Dicha información es confidencial y se utilizará para la evaluación de la calidad. Puedo optar por participar en estas encuestas o no sin poner en peligro mi tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN SERVICIOS DE TELESALUD:

Entiendo que puedo tener la oportunidad de participar en los servicios de telesalud. Tengo la opción de rechazar la prestación de los servicios a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro y sin arriesgarme a perder o retirar ningún beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho. Todas las protecciones de confidencialidad pertinentes se aplicarán a mis servicios de telesalud; tendré acceso a toda la información médica que derive de estos servicios de telesalud según lo dispuesto por la ley correspondiente.

RECONOCIMIENTO DE LA POLÍTICA DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO DEL CLIENTE:

Entiendo que puede ser necesario que Health Solutions West obtenga una identificación con foto de mí mismo y/o tome una fotografía de mí con el propósito de identificación, seguridad y protección contra el robo de identidad.

RAZONES PARA SUSPENDER LOS SERVICIOS PROGRAMADOS: Entiendo que los servicios de Health Solutions West pueden suspenderse por:

- finalización del tratamiento por consentimiento mutuo;
- **Dos citas consecutivas canceladas tardíamente (menos de 24 horas) o ausencias;**
- **Tres citas canceladas tardíamente (menos de 24 horas) o ausencias dentro de un período de 90 días;**
- falta de progreso en los objetivos acordados del Plan de servicio;
- comportamiento que representa un riesgo sustancial para los demás;
- falta de pago de los servicios;
- necesidad demostrada de contar con servicios que Health Solutions West no es capaz de proveer;
- falta de contacto con Health Solutions West durante 45 días sin una cita programada.

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha



FACTURACIÓN INESPERADA: CONOZCA SUS DERECHOS

A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2020, LA LEY DEL ESTADO DE COLORADO LO PROTEGE* DE LA “FACTURACIÓN INESPERADA”, TAMBIÉN CONOCIDA COMO “FACTURACIÓN DE SALDO”. ESTAS PROTECCIONES SE APLICAN CUANDO:

- RECIBE SERVICIOS DE EMERGENCIA CUBIERTOS, QUE NO SEAN SERVICIOS DE AMBULANCIA, DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED EN COLORADO, Y/O
- RECIBE INVOLUNTARIAMENTE SERVICIOS CUBIERTOS DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED EN UN CENTRO DENTRO DE LA RED EN COLORADO. *

¿QUÉ ES LA FACTURACIÓN INESPERADA/DE SALDO Y CUÁNDO PUEDE SUCEDER?

SI USTED ES ATENDIDO POR UN PROVEEDOR O UTILIZA LOS SERVICIOS EN UN CENTRO O AGENCIA QUE **NO** ES PARTE DE LA RED DE PROVEEDORES DEL PLAN DEL SEGURO DE SALUD, A VECES DENOMINADO “FUERA DE LA RED”, ES POSIBLE QUE RECIBA UNA FACTURA POR LOS COSTOS ADICIONALES ASOCIADOS CON ESA ATENCIÓN. LAS INSTALACIONES O AGENCIAS FUERA DE LA RED A MENUDO LE FACTURAN LA DIFERENCIA ENTRE LO QUE SU ASEGURADORA DECIDE QUE ES EL CARGO ELEGIBLE Y LO QUE EL PROVEEDOR FUERA DE LA RED FACTURA COMO EL CARGO TOTAL. A ESTO SE LE LLAMA FACTURACIÓN “INESPERADA” O “DE SALDO”.

CUÁNDO NO SE LE PUEDE FACTURAR EL SALDO:

SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA EN UN CENTRO DENTRO DE LA RED POR PARTE DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

EL CENTRO O LA AGENCIA DEBE INFORMARLE SI USTED SE ENCUENTRA EN UNA UBICACIÓN FUERA DE LA RED O EN UNA UBICACIÓN DENTRO DE LA RED QUE ESTÁ UTILIZANDO PROVEEDORES FUERA DE LA RED. TAMBIÉN DEBEN INFORMARLE QUÉ TIPOS DE SERVICIOS QUE UTILIZARÁ PUEDEN SER PROPORCIONADOS POR UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR QUE LOS PROVEEDORES DENTRO DE LA RED REALICEN TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS. SIN EMBARGO, ES POSIBLE QUE DEBA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED SI NO HAY UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED DISPONIBLE. EN ESTE CASO, LO MÁXIMO QUE SE LE PUEDE FACTURAR POR LOS SERVICIOS **CUBIERTOS** ES EL MONTO DE LOS COSTOS COMPARTIDOS DENTRO DE LA RED, QUE SON COPAGOS, DEDUCIBLES Y/O COSEGUROS. ESTOS PROVEEDORES NO PUEDEN FACTURARLE EL SALDO DE LOS COSTOS ADICIONALES.

PROTECCIONES ADICIONALES

- SU ASEGURADORA PAGARÁ DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES Y CENTROS FUERA DE LA RED.
- SU ASEGURADORA DEBE CONTAR CUALQUIER MONTO QUE USTED PAGUE POR SERVICIOS DE URGENCIA O SERVICIOS FUERA DE LA RED (DESCRITOS ANTERIORMENTE) PARA SU LÍMITE DE GASTOS DE BOLSILLO Y DEDUCIBLE POR SERVICIOS DENTRO DE LA RED.
- SU PROVEEDOR, CENTRO, HOSPITAL O AGENCIA DEBE REEMBOLSAR CUALQUIER MONTO QUE HAYA PAGADO EN EXCESO DENTRO DE LOS 60 DÍAS POSTERIORES A LA NOTIFICACIÓN.
- NADIE, NI SIQUIERA UN PROVEEDOR, UN HOSPITAL O UNA ASEGURADORA, PUEDE PEDIRLE QUE LIMITE O RENUNCIE A ESTOS DERECHOS.

SI RECIBE SERVICIOS DE UN PROVEEDOR, CENTRO O AGENCIA FUERA DE LA RED EN CUALQUIER OTRA SITUACIÓN, ES POSIBLE QUE AÚN SE LE FACTURE EL SALDO O QUE SEA RESPONSABLE DE TODA LA FACTURA. SI RECIBE INTENCIONALMENTE SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA DE UN PROVEEDOR O CENTRO FUERA DE LA RED, TAMBIÉN SE LE PUEDE FACTURAR EL SALDO.

SI CREE QUE HA RECIBIDO UNA FACTURA POR MONTOS QUE NO SEAN SUS COPAGOS, DEDUCIBLE O COSEGURO, COMUNÍQUESE CON EL BILLING DEPARTMENT (DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN) Y/O CON LA COLORADO DIVISION OF INSURANCE (DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO) AL 303- 894-7490 O AL 1-800-930-3745.

- * ESTA LEY NO SE APLICA A TODOS LOS PLANES DE SALUD DE COLORADO. SOLO SE APLICA SI:
- FIGURA UN IDENTIFICADOR “**CO-DOI**” EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO MÉDICO, Y
- RECIBE ATENCIÓN Y SERVICIOS PRESTADOS EN UN CENTRO REGULADO EN EL ESTADO DE COLORADO.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON SU PLAN DEL SEGURO DE SALUD AL NÚMERO QUE FIGURA EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO MÉDICO O CON LA COLORADO DIVISION OF INSURANCE (DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO).

Nombre del cliente en letra imprenta

Fecha

Firma del cliente o representante



**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN
DE
INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE SUSTANCIAS**

Escriba el nombre del paciente

Autorizo a Health Solutions West a divulgar información sobre mi tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas a mi aseguradora de salud, o a la del paciente mencionado anteriormente:

(nombre de la compañía de seguros).

Asociaciones de Salud de las Montañas Rocosas; la Oficina de Salud Conductual del Departamento de Servicios Humanos de Colorado; y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado.

Rocky Mountain Health Partnerships : y a la Oficina de Salud Conductual del Departamento de Servicios Humanos de Colorado a divulgar más información sobre mi tratamiento o el del paciente mencionado anteriormente para el abuso de alcohol y/o drogas al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado.

Autorizo dichas divulgaciones con el propósito de pago y cobranza, coordinación de atención, administración de utilización, control de calidad y manejo de quejas y apelaciones.

Entiendo que si no firmo este formulario de consentimiento, mi seguro de salud puede negarse a pagar mi tratamiento o el del paciente mencionado anteriormente.

Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la entidad que debe realizar la divulgación ya haya tomado medidas en función de ella.

Si no se ha revocado previamente, este consentimiento terminará en la fecha en que yo, o el paciente mencionado anteriormente, ya no esté cubierto por la aseguradora mencionada anteriormente, o dos años a partir de la fecha de mi firma, lo que ocurra primero.

Firma del paciente, padre, o persona en cargo del paciente

Fecha