**Salud del Comportamiento del Condado de Marion-Historia de Salud**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Nombre del Cliente | RT# | Fecha de Nacimiento | Edad |

|  |
| --- |
| **¿Quién es su médico de cabecera?** Nombre: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dirección: | Teléfono: | Última Visita: |

|  |
| --- |
| **¿Hace ejercicio? ¿Si es así, de qué tipo y con qué frecuencia?** |

|  |
| --- |
| **¿Qué hace para relajarse?** |

|  |
| --- |
| **¿Consume tabaco? Si es así, ¿cuánto?** |

|  |
| --- |
| **¿Consume alcohol o drogas? Si es así, ¿cuánto/qué tan a menudo??** |

|  |
| --- |
| **Haga una lista de las cirugías que ha tenido:** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **¿Tiene alguna alergia a medicamentos??** ­­­­­­­­­­­­­­­ |

|  |
| --- |
| **¿Hay algo más que quisiera agregar??** |
|  |
|  |

**Síntomas que usted está experimentando actualmente:**

Se distrae fácilmente  Atracarse o purgarse  Problemas sexuales

Dificultad para enfocarse  Sentirse ansioso o nervioso  Falta de motivación

Le cuesta concentrarse  Temor o miedo  Excesiva energía  Problemas con el juego  Sensación de pánico  Deseos de lastimarse/matarse

Tristeza  Perdida de placer/interés  Cortarse/infligir daño propio

Problemas de sueño  Sentirse desesperado  Falta de energía/fatiga

Cambios estacionales de ánimo  Obsesionarse de algo  Gastar compulsivamente  Pesadillas  Alegría excesiva  Pensamientos acelerados

Escenas retrospectivas  Ver cosas/oír voces  Problemas de alcohol o drogas

Problemas para comer  Sospecha o paranoia

**¿Sus problemas están afectando a alguno de los siguientes aspectos?**

Tareas cotidianas  Trabajo o escuela  Situación de convivencia

Actividades recreacionales  Asuntos legales  Relaciones interpersonales

Finanzas  Salud

(Si necesita más espacio, puede usar el otro lado de este formulario).

**Historia de Otros Proveedores de Salud Mental:**

Asunto: ¿Con quién se hizo ver? ¿Cuándo?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(Si necesita más espacio, puede usar el otro lado de este formulario).

**¿Alguien en su familia ha sido tratado por problemas de salud mental?**

Asunto: Relación a usted:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Por favor anote cualquier medicamento que haya tomado en el pasado para ayudarle con sus preocupaciones de salud mental:**

Medicación Dosis Propósito Por que dejo de tomar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Por favor anote cualquier medicamento que esté tomando ahora (incluya los recetados y de venta libre, herbales, suplementos, tanto por razones médicas como de salud mental):**

Medicación Dosis Propósito ¿Recetado o recomendado por quién?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Historial médico (marque si la respuesta es sí):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ¿Historia personal? Fechas:  Desde Hasta | | ¿Historia de la Familia? | Relación a usted |
| Enfermedad de las tiroides |  |  |  |  |
| Enfermedad del hígado |  |  |  |  |
| Trauma a la cabeza |  |  | NA | NA |
| Convulsiones o epilepsia |  |  |  |  |
| Derrame cerebral |  |  |  |  |
| Enfermedad o ataque cardiaco |  |  |  |  |
| Obesidad |  |  |  |  |
| Colesterol/lípidos altos |  |  |  |  |
| Presión arterial alta |  |  |  |  |
| Problemas estomacales |  |  |  |  |
| Asma |  |  |  |  |
| Problemas de pulmones |  |  |  |  |
| Enfermedad de los riñones |  |  |  |  |
| Cáncer |  |  |  |  |
| Dolor |  |  |  |  |
| Diabetes |  |  |  |  |
| Anemia |  |  |  |  |
| LMP (mujeres) |  |  | NA | NA |
| Problemas de visión o audición |  |  |  |  |
| Dolores de cabeza |  |  |  |  |
| ¿Otras enfermedades? |  |  |  |  |

**Historial de desarrollo (marque si la respuesta es sí):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sí | No |
| Recibió cuidados prenatales |  |  |
| Complicaciones en el parto |  |  |
| Infecciones recurrentes |  |  |
| Sarna/Piojos/Erupciones cutáneas |  |  |
| Exposición al alcohol/drogas dentro del útero |  |  |
| Metas de desarrollo a tiempo |  |  |

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

Su firma Fecha

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo he leído y/o se me ha explicado lo siguiente como parte de mi orientación para los servicios del Departamento de Salud del Condado Marion *(escriba sus iniciales en todas las que apliquen):*

Derechos y responsabilidades

Procedimiento de quejas

El enfoque del programa para proveer servicios y visión general de estos servicios

Información sobre una *Declaración para el Tratamiento de Salud Mental* (adultos)

Doy permiso al Departamento de Salud del Condado Marion para que me provea servicios de evaluación y tratamiento.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma (del indivduo o tutor legal) | Fecha |

|  |
| --- |
|  |
| Nombre del individuo en letra de molde |

|  |
| --- |
| Se negó a firmar  No Puede firmar  Circunstancias de negación o incapacidad para firmar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Revisado 4/13/2011. Esta revisión reemplaza cualquier version anterior.

□ Se negó a firmar □ No puede firmar

Circunstancias de negación o incapacidad para firmar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Se negó a firmar □ No puede firmar

Circunstancias de negación o incapacidad para firmar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Se negó a firmar □ No puede firmar

Circunstancias de negación o incapacidad para firmar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Se negó a firmar □ No puede firmar

Circunstancias de negación o incapacidad para firmar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

## Servicios Humanos y de Salud de Salud del Condado Marion

**Servicios de la Clínica de Salud del Comportamiento para Niños**

## ACUERDO DE HONORARIOS (CUOTAS MÉDICAS)

Yo entiendo que la cuota establecida para los servicios de Salud del Comportamiento para Niños incluye las visitas de oficina, contactos por teléfono con el cliente y consultas profesionales en nombre del cliente, y está basada en mis ingresos y en el número de dependientes en mi familia. La cuota establecida para estos servicios es el \_\_\_\_\_\_ por ciento de la cuota total de estos servicios.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en pagar directamente al Programa de Salud del Comportamiento para Niños del Condado Marion por cualquier cuota o tarifa pendiente. Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el Programa de Salud del Comportamiento para Niños se reserva el derecho de denegar el servicio.

Yo estoy de acuerdo en pagar siguientes cuotas asignadas por servicios por hora como sigue:

Evaluación  Grupo  Individual/Familia

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nombre del cliente Firma de los padres/tutores legales

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

Fecha

**Nota:** A los consumidores con *Medicaid* no se les cobrará por servicios y no serán responsables de pagar por citas a las que no asistieron.

### *CUOTA REDUCIDA O ANULADA DEBIDO A LA INCAPACIDAD PARA PAGAR*

\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuota reducida al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% del total de la cuota de estos servicios

\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuota anulada

Comentarios:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones nombradas arriba en relación a la cuota reducida o anulada.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre/tutor legal

Notificacion De Practicas De Privacidad

Acuse de Recibo

POR FAVOR REVISE ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE Y DESPUES FÍRMELO Y ESCRIBA LA FECHA ABAJO.

La Notificación de Prácticas de Privacidad le explica cómo el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion puede recoger, usar o compartir información de salud sobre usted y le explica sus derechos de privacidad. El Departamento de Salud y Servicios Humanos requiere que se le ofrezca a usted una Notificación de Prácticas de Privacidad de acuerdo a la ley federal.

A mí,       se me ha ofrecido (nombre del cliente en letra de molde)

una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado Marion y he tenido una oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se recogerá, usara y compartían información sobre mi salud y cómo acceder mis derechos de privacidad.

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

Firma del cliente Fecha

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

Representante legal o personal del cliente (si aplica) Relación

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alterativos que cumplen con la guía para el Acta de Americanos con Discapacidad (ADA por sus siglas en ingles).

Comuníquese con su proveedor de servicios o llame el numero de teléfono central del Departamento de Salud y Servicios Humanos al (503) 588-5357 o por fax al (503) 364-6552.

*Personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos: Por favor asegúrese que el individuo que va a recibir la Notificación de Prácticas de Privacidad complete y firme este documento.*

*Fecha de efectividad: 1 de junio, 2013*