



Marion County
OREGON
Health & Human Services

**JUNTA DE
COMISIONADOS**

Kevin Cameron
Colm Willis
Danielle Bethell

**ADMINISTRADOR DE
SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS**

Ryan Matthews

Administración

TELÉFONO: (503) 588-5357
FAX: (503) 361-2782

Wraparound (*asistencia integral*) del Condado de Marion

Re: Paquete de información y referencia de Wraparound

Gracias por su interés en el Programa de WrapAround. Hemos adjuntado información importante para que la revise, junto con nuestro paquete de referencia de admisión para completar. Por favor devuelva el paquete de referencia, junto con una copia de una evaluación reciente de salud mental (MHA) que se ha completado dentro del último año. Su proveedor de salud mental puede ayudarle con esto.

Por favor, envíe por correo/entregue su paquete de referencia y la evaluación de salud mental. Uno de nuestros profesionales calificados en salud mental se comunicará con usted para comenzar nuestro proceso de elegibilidad para determinar si el Programa Wraparound coincide con las necesidades de su joven/familia; o si otros servicios y apoyos serían más apropiados.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta, o si podemos ayudarle. Nuestro número de contacto es 503-576-4536. Gracias por su tiempo y atención a este proceso. Esperamos trabajar con usted en apoyo de su hijo.

Por favor, devuelva los siguientes artículos:

Paquete de remisión completado

Evaluación actual de salud mental completada en el ultimo ano
días. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL OHP

WRAPOS@co.marion.or.us

503-576-4536

3876 Beverly Ave NE, Edificio G, Salem, OR 97305



Marion County
OREGON

Health & Human Services

Marion County Health Department YOUTH & FAMILY INFORMATION

Seleccione un Programa (Select Program): ☐ WrapAround ☐ JWRAP ☐ Rapid Access Assessment

Nombre del Individuo (Individual's Name): _____ Fecha de Hoy (Today's Date): _____

Fecha De Nacimiento (DOB): ____/____/____ #SS: _____ Raza/Etnicidad (Race/Ethnicity): _____

OHP: _____

For JWRAP: Commercial Ins Provider: _____ Ins#: _____ ☐ No Insurance

Sexo legal (Legal Sex): F ☐ M ☐ Género Identificado (Identified Gender): _____

Nombre de la Escuela (School Name): _____ Grado (Grade): _____

IEP/Plan 504: Si ☐ No ☐ (IEP/504 Plan Yes or No)

Nombre del Padre/Nombre del Tutor (Parent/Guardian Name): _____

Madre Biológica (Biological Mother): _____

Padre Biológico (Biological Father): _____

Dirección (Address): _____

Mejor # de Contacto (Best Contact #): (____) ____-_____

Es (Is this): # Hogar (Home#) ☐ #Cel (Cell#) ☐ # Trabajo (Work#) ☐

¿Está bien dejar un mensaje? (OK to leave message?) Si (Yes) ☐ No (No) ☐

Correo electrónico (Email): _____

¿Necesita Intérprete (Interpreter needed?) Si (Yes) ☐ No (No) ☐ Idioma (Language): _____

PROVEEDORES ACTUALES DE SERVICIO – Por favor indique el nombre y número (si aplica)

CURRENT SERVICE PROVIDERS—Please list name and phone number of contact person

Agencia/Proveedor Agency/Provider	Nombre Name	Número de Contacto Contact Number
Salud Mental (Mental Health):		
Médico de Cuidado Primario (Primary Care Physician):		
Problemas Médicos (Medical Issues):		
Medicamentos actuales (Current Medications):		
Nombre de quien Prescribe (Prescriber's Name):		
Libertad Condicional Juvenil/OYA (Juvenile Probation/OYA):		
Respaldo asignado (Assigned Back-up):		
Consejero Juvenil (Juvenile Counselor):		
Trabajador del Caso del DHS(DHS Case Worker):		
Padre de Crianza (Resource Parent):		
Proveedor de Alcohol/Droga (Alcohol/Drug Provider):		
Proveeder Residencial (Residential Provider):		
Otro (Other):		

MIEMBROS ACTUALES EN EL HOGAR
CURRENT HOUSEHOLD MEMBERS

[illegible]



Consentimiento Para Recibir Tratamiento

He leído y / o me han explicado lo siguiente como parte de mi orientación a los servicios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Marion (ponga sus iniciales en todas las que apliquen):

____ Derechos y Responsabilidades

____ Procedimiento de Quejas y Reclamos

____ Carta de Bienvenida

Si tiene 18 años o más, escriba sus iniciales en las que apliquen

____ Me preguntaron si completé una Directiva Avanzada

____ Se me dio información sobre una Declaración para el Tratamiento de Salud Mental y se me brindó la oportunidad de completar una si así lo deseaba

Doy permiso a los Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marion para que me brinden servicios de evaluación y tratamiento.

Firma (Individuo o Tutor)

Fecha

Nombre Impreso del Individuo

☐ Se Negó a Firmar

☐ Incapaz de Firmar

Motivos por la cual se negó a firmar/incapaz de firmar:



*Departamento de Salud y Servicios Humanos del
Condado Marion*

**NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS 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 una copia de la
(nombre del cliente en letra de molde)

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, usará y compartirá 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 inglés).

Comuníquese con su proveedor de servicios o llame el número 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

Departamento de Salud de Salud del Condado Marion
Programa New Solutions

ACUERDO SOBRE CUOTAS/CARGOS

Yo entiendo que cualquier cargo o cuota atribuida por los servicios que yo reciba en el programa New Solutions del Condado Marion será basado en mis ingresos, el número de dependientes en mi familia y en la Guía de Ingresos impresa al dorso de este formulario. Mi pago, si aplica, establecido por dichos servicios será basado en los cargos del programa New Solutions que también se encuentran al dorso de este formulario.

Yo entiendo que si tengo un seguro médico privado que no sea Medicaid/OHP, el programa New Solutions del Condado Marion enviará la factura primero a mi compañía de seguros y yo podría ser responsable de cualquier pago adicional que no sea cubierto por mi seguro médico. Yo entiendo también que este acuerdo de cuotas o pagos aplicará al total no cubierto por mi privado.

Si mi situación justifica el establecimiento de cuotas, yo entiendo y estoy de hacer el pago directo al programa New Solutions del Condado Marion. Yo estoy de acuerdo en ser responsable de reportar al personal del programa New Solutions de manera oportuna, cualquier cambio en mi situación que pueda impactar mi acuerdo sobre cuotas/pagos.

Yo entiendo que si no cumplo con este acuerdo, el Programa New Solutions se reserva el derecho de negarme servicios en el futuro.

CUOTA REDUCIDA O EXENTA/ANULADA

_____ Cuota reducida a un _____ % de la tarifa completa por cargos de servicio

_____ Exención/anulación de cuota _____

Firma del supervisor: _____

Fecha: _____

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las _____ dadas aquí _____ cuanto a la reducción o exención de la cuota.

Padres/tutores legales: _____

Fecha: _____

COBERTURA DE MEDICAID/OHP

_____ Factura para Medicaid/OHP

Nombre del cliente: _____

Yo entiendo que no se me cobrará ninguna cuota o pago mientras que tenga el seguro médico de Medicaid/OHP ni seré responsable de los gastos que no sean cubiertos por Medicaid/OHP.

Yo entiendo que si en algún momento se termina mi cobertura de Medicaid/OHP, se completará un nuevo Acuerdo de Cuotas/Pagos para reevaluar mi capacidad de pago y será retroactivo a la fecha terminación de Medicaid/OHP.

Yo estoy de acuerdo en ser responsable de reportar cualquier cambio en mi cobertura de Medicaid/OHP al personal del programa New Solutions de forma oportuna.

Padres/Tutores legales: _____

Fecha: _____