



INFORMACION DE NUEVO CLIENTE

(Por favor, rellene solo con bolígrafo negro o azul)

INFORMACION DEL CLIENTE					
Apellido:		Su Nombre:		Inicial:	Fecha:
Es tu nombre legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no, ¿cuál es su nombre legal?		Etnicidad:	Fecha de Nacimiento: / /
Direccion Postal:			Orientacion Sexual:	Numero de telefono:	
Ingresos Anuales: (Estimar:) \$ _____		Cuidad:		Estado:	Código postal:
Referido por:					
INFORMACION DEL SEGURO					
(Por Favor proporcione una tarjeta de Seguro y una identificación al proveedor de admisión)					
Persona responsable de menor:		Fecha de Nacimiento: / /	Direccion Postal (si es diferente):		Numero de telefono:
¿Ha estado esta persona aquí antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Esta cubierto por un seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Primario Seguro:					
Nombre del Suscriptor:		Fecha de Nacimiento: / /	Numero de Grupo:	Numero de Poliza:	
Relacion con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other					
Nombre del Seguro secundario (si corresponde):		Nombre del Suscriptor:		Numero de Grupo:	Numero de Poliza:
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de un pariente local o amigo:			Relacion con el cliente:	Numero de telefono: ()	Telefono del trabajo: ()
La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender. Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta.					
X _____			X _____		
Firma del cliente			Firma del Padre / Tutor		

Minor de 18 years

Nombre: _____ Numero de Telefono: _____

Consentimiento informado, derechos del paciente, Medicaid Cap. 400, Servicios Auxiliares, Aviso de prácticas de privacidad, HIPAA, 42CFR Parte 2 ~ Recibo y acuse de recibo de avisos, protocolos de tratamiento, asociaciones / Reglas grupales y contrato de Terapia

Inicial del Paciente ___ Inicial del Padre ___

Servicios de Consejería / TB, VIH, SIDA / Servicios Auxiliares

Los servicios de asesoramiento son individualizados para satisfacer las necesidades del cliente y / o la familia. Hay un período de gracia de 15 minutos y todas las inscripciones tardías serán reprogramadas para la próxima cita disponible. Si no hay contacto documentado por parte del cliente durante 20 días calendario y / o cuatro citas perdidas, se iniciarán los procedimientos de cierre del archivo. UCF ofrece la oportunidad para que las personas que solicitan servicios de tratamiento reciban asesoramiento, pruebas y educación sobre tuberculosis / VIH y SIDA a través del Distrito de Salud del Condado de Clark y he sido informado de los servicios disponibles para mí como cliente.

Inicial del Paciente ___ Inicial del Padre ___ Reglas Grupales, Expectativas

Puntualidad y Asistencia: Todos los miembros del grupo deben llegar a tiempo y asistir a todas las sesiones según lo indicado en el acuerdo contractual.

Confidencialidad: Lo que escuchas en el grupo, se queda en el grupo. Todos deben tener su anonimato. No discuta las palabras o acciones de los miembros de ningún otro grupo con nadie fuera del grupo.

Derecho de Rechazo: Puede negarse a hacer cosas que desencadenan sentimientos incómodos, pero otros pueden darle retroalimentación.

Sin Violencia: Verbal, físico y / o cualquier amenaza de violencia, son motivo de despido del grupo y / o del programa.

Sin Relaciones, Participación Romántica o Participación Sexual: Esto puede lastimarlo a usted y a su proceso de tratamiento. Abstenerse de cualquiera de estas actividades con los miembros del grupo.

Comunicación antes de la Terminación: Si decide abandonar el grupo, hable con el facilitador del grupo antes de irse.

Echa un vistazo a los sentimientos o significados: Cuando creas que otra persona está pensando o sintiendo de cierta manera, pide confirmación. Siempre haga preguntas aclaratorias cuando otros presenten un tema y no pueda entender completamente.

Responsabilidad: Es responsabilidad de los miembros del grupo completar todos los ejercicios según lo asignado por el facilitador del grupo. También es responsabilidad de los miembros del grupo escuchar activamente a los demás sobre lo que están diciendo, ya que brinda la oportunidad de aprender habilidades de comunicación efectivas y ayuda al responder a los demás.

Inicial del Paciente ___ Inicial del Padre ___ Cancelaciones, Reprogramación y Tarifas

Notifique a UCF dentro de las 24 horas si desea cancelar o reprogramar su cita. Las citas se otorgan por orden de llegada, pero también pueden reprogramarse debido a una emergencia / crisis. Priorizamos las situaciones de emergencia / crisis, por lo que, en determinadas circunstancias, es posible que se lo reprogramé. Si esto aplica, por favor notifique al personal de admisiones en su ubicación lo más temprano posible para acomodarse. Todos los horarios de citas tienen un período de gracia de 15 minutos antes de que lo consideremos "no presente". Cuatro "no presentación" darán como resultado el alta del programa.

Aunque no hay tarifas asociadas con nuestros programas basados en la escuela, sí recopilamos la información del seguro de cada cliente para un posible reembolso de la sesión. Los fondos de reembolso recaudados de las compañías de seguros ayudan a sufragar los costos del programa y ayudan a garantizar la continuidad de los servicios de salud mental a todos los estudiantes necesitados.

Inicial del Paciente ___ **Inicial del Padre** ___ **Divulgación por parte de Terceros**

He leído y entiendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi información de salud. Además, entiendo que no es necesario que firme esta Autorización para garantizar el tratamiento de atención médica, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios. Confirmando que he sido informado de mi derecho a recibir una copia de esta Autorización después de firmarla. Por la presente, a sabiendas y voluntariamente, autorizo a usar o divulgar mi información de salud de la manera descrita anteriormente. Entiendo que si se comunica por teléfono celular, la conversación puede no ser segura y, por lo tanto, no confidencial.

Inicial del Paciente ___ **Inicial del Padre** ___
Telemedicina, Formas Alternativas de Comunicación

Entiendo que la comunicación (por ejemplo, correos electrónicos y chats) con UCF y cualquiera de sus contratistas a través del sitio está encriptada y los correos electrónicos enviados desde o hacia cuentas de correo electrónico personales no son seguros. También entiendo a UCF, y cualquiera de sus contratistas no puede verificar el correo electrónico personal con regularidad. Además, reconozco y acepto que todas las comunicaciones de naturaleza clínica deben enviarse por teléfono. Se realizará un intento razonable para leer y responder a los correos electrónicos recibidos a través del sitio dentro de las 24 a 48 horas. Reconozco y entiendo que UCF y cualquiera de sus contratistas no responderán a inquietudes personales y clínicas por correo electrónico o mensajes de texto. El correo electrónico regular no debe usarse en caso de una crisis o una emergencia. Entiendo que UCF no aceptará mis invitaciones a través de sitios web de redes sociales, sitios web de redes, mensajería instantánea, ni responderá a blogs escritos por mí ni aceptará mis comentarios en sus blogs.

Entiendo que si elijo realizar una terapia que se realiza en línea, es de naturaleza técnica y pueden surgir problemas con la conectividad a Internet. La disponibilidad de Internet puede verse limitada o interrumpida por cosas como el mantenimiento del servidor, las actualizaciones u otros problemas (como el mal funcionamiento del software o hardware). Cualquier problema con la disponibilidad o conectividad de internet está fuera del control de UCF, sus contratistas, personal, socios afiliados / terceros, Office Ally y todas las demás afiliaciones de páginas web incorporadas al proporcionar mi proceso de tratamiento y no garantiza que tales servicios estén disponibles. Si ocurre algo para prevenir o interrumpir cualquier cita programada debido a complicaciones técnicas y la sesión no se puede completar por teléfono, se volverá a programar una nueva cita.

Entiendo que si necesito hablar con la UCF y cualquiera de sus contratistas entre sesiones para alertarlos de una emergencia, debo llamar a la línea de la oficina. Mi llamada será devuelta lo antes posible. Reconozco que, por lo general, los mensajes se revisan a diario, pero no se revisan por la noche, los fines de semana ni los feriados. Si surge una situación de emergencia que requiere atención inmediata, debo llamar a la red nacional de emergencia Hopeline al 1-800-Suicide / 1-800-784-2433, Línea nacional de prevención de suicidio nacional al 1-800-Talk / 1-800-273- 8255, o marque 911. Las personas con problemas de audición y del habla deben llamar al 1-800-799-4TTY / 1-800-799-4889. Entiendo que en el caso de una crisis que pone en peligro la vida, debo contactar a una línea directa de crisis, llamar al 911 o ir a la sala de emergencias de un hospital.

Además, aunque UCF ha tomado medidas sustanciales para garantizar la confidencialidad y la privacidad de la terapia, siempre y cuando se proporcione en línea, UCF no puede garantizar la seguridad de las transmisiones o comunicaciones por Internet.

ESTOY DE ACUERDO CON TOMAR LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE LA SEGURIDAD DE CUALQUIER COMUNICACIÓN O TRATAMIENTO EN MI PROPIA COMPUTADORA Y EN MI PROPIA UBICACIÓN FÍSICA. Entiendo toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos pertenecientes a esas sesiones son confidenciales y no pueden revelarse a nadie sin mi permiso por escrito, excepto cuando la ley lo requiera. Acepto defender, liberar e indemnizar a UCF, sus contratistas, personal, afiliados / socios externos, Office Ally y todas las demás afiliaciones de la página web, de y en contra de todos los daños, costos, demandas, reclamaciones y otras acciones provenientes de cualquier servicio. que me proporcionaron sus contratistas, personal, socios afiliados / terceros, Office Ally y todas las demás afiliaciones a la página web, incorporadas para proporcionar mi proceso de tratamiento.

Inicial del Paciente ____ Inicial del Padre ____

Aviso de Prácticas de Privacidad-HIPPA, 42CFR Parte 2, Medicaid Cap.400, Protocolos de Tratamiento, Asociaciones y Consentimiento para el Tratamiento

Por la presente reconozco que he recibido y se me ha brindado la oportunidad de leer una copia del aviso de prácticas de privacidad de UCF, HIPPA y 42CFR Parte 2. Entiendo que si tengo alguna pregunta sobre el aviso o sobre mis derechos de privacidad, puedo contactar a la agencia al la dirección indicada. Por la presente, significo mi comprensión de la naturaleza completa, los beneficios, los riesgos y el propósito del plan de tratamiento establecido en mi caso por UCF. Además, entiendo que me reservo el derecho de rechazar el tratamiento bajo ese plan en cualquier momento y la UCF se reserva el derecho de despedirme del tratamiento, si es que se determina que no es apto para el tratamiento dentro de la estructura de la compañía. En ese momento, UCF puede hacer recomendaciones sobre mi tratamiento futuro a las personas y / o entidades apropiadas. También quiero decir que entiendo que los métodos de tratamiento dentro de la modalidad de UCF pueden, a veces y en instancias específicas, tender a limitar ciertos derechos a los que podría tener derecho. Por este medio, he sido informado/a de los protocolos de tratamiento anteriores y comprende los requisitos del programa de asesoramiento.

Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y / o drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R., Parte 2 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts. 160, 162 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se establezca lo contrario en las reglamentaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción basándose en él, y que, en cualquier caso, este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera al momento del alta. Entiendo que se me pueden negar los servicios si me niego a consentir una divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si así lo permite la ley estatal. yo no se le negarán los servicios si me niego a consentir una divulgación para otros fines. Me han proporcionado una copia de este formulario. Entiendo completamente que mi participación en este programa de tratamiento es voluntaria y que puedo retirarme del tratamiento en cualquier momento. Entiendo completamente que si elijo retirarme del tratamiento, no se me reembolsará ninguna de las tarifas pagadas por adelantado. Por la presente reconozco que he recibido y se me ha dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la UCF. Entiendo si tengo alguna pregunta con respecto a la Notificación o mis derechos de privacidad, puedo contactar a UCF a la dirección indicada:

2048 N Las Vegas Blvd.
North Las Vegas, Nevada 89030

Reconozco que he sido informado de mis derechos bajo las disposiciones de la División de Política de Salud y Financiamiento, Capítulo 400 de Medicaid y entiendo mis derechos, ya que se relaciona con seleccionar un proveedor de elección. Por la presente, autorizo la divulgación de cualquier información (incluidos resúmenes de tratamiento y diagnóstico) necesaria para procesar reclamos de seguro o asistencia de empleados, o para solicitar sesiones adicionales. Autorizo el pago de beneficios a UCF por los servicios brindados.

Firma del Paciente	Imprimir Nombre	Fecha
--------------------	-----------------	-------

Firma de Testigo	Imprimir Nombre	Fecha
------------------	-----------------	-------

Entiendo que el personal de tratamiento clínico de la UCF puede recomendarme y derivarme a un nivel de atención más apropiado si mis necesidades van más allá del alcance actual de los servicios del departamento. Entiendo completamente que tengo responsabilidades en este programa de tratamiento. Estos se describen en el contrato de tratamiento que he leído, comprendido y aceptado. A su discreción, el terapeuta puede analizar el progreso de mi tratamiento en terapia con los profesionales pertinentes y los que figuran en las publicaciones adjuntas de información. Entiendo que UCF es una organización sin fines de lucro financiada por subvenciones que tiene asociaciones para ayudar a nuestras familias / metas de tratamiento individual. Autorizo al Departamento de Salud del Comportamiento de la UCF, a los Internos / Profesores participantes de la pasantía UNLV y UCF, al personal del Distrito Escolar del Condado de Clark asignado a nuestra familia, al personal asignado por la familia del PEP de Nevada, proveedores médicos asignados a nuestra familia de First Persons, proveedores médicos asignados a nuestra familia de Centros de Salud de Nevada y personal de Nevada WIN para comunicarse y divulgar entre ustedes mi nombre y el nombre de mis hijos / otra información de identificación personal; mi estado nos / el estado de mis hijos como cliente; Evaluación inicial; fecha de admisión; resumen del plan de tratamiento, progreso y cumplimiento; asistencia; cambios en la dirección, la composición del hogar o las relaciones personales; plan de descarga; fecha de alta, estado de descarga. Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y / o drogas están protegidos por las normas federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts.160, 162 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se establezca lo contrario en las reglamentaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción basándose en él, y que, en cualquier caso, este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera al momento del alta. No se me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento a la divulgación anterior y se me ha proporcionado una copia de este formulario.

Firma de Paciente	Imprimir Nombre	Fecha
-------------------	-----------------	-------

Firma de Paciente	Imprimir Nombre	Fecha
-------------------	-----------------	-------



Reconocimiento de la Política de Reclamación

United Citizens Foundation
Operations Manager
4485 South Buffalo Drive
Las Vegas, NV 89147
Ph: 702-722-2440
Fax: 702-722-2892

Los consumidores pueden presentar una queja por escrito o verbal en cualquier momento con respecto a la prestación de servicios de salud mental. Para presentar un contacto de queja: UCF Gerente de Operaciones, fonda@ucfnv.org, 702-722-2440. El Gerente de Operaciones puede ayudarlo a completar el Formulario de Quejas.

Información Importante que Debe Saber

1. Si necesita ayuda para completar este formulario:
 - Puede pedirle ayuda a cualquier Coordinador de Admisiones que sea miembro del personal de cada programa o al Gerente de Operaciones.
2. Puede autorizar a otra persona a actuar en su nombre si firma un formulario de divulgación de información para que esa persona conozca información confidencial.
3. Además de este formulario, puede enviar materiales escritos y presentar evidencia clínica o médica adicional en apoyo de su posición.
4. Dentro de los sesenta (60) días hábiles posteriores a la recepción de un reclamación, el Gerente de Operaciones revisará el reclamación y proporcionará una decisión sobre el reclamación. Este plazo puede ser extendido por usted hasta 14 días a pedido, o por United Citizens Foundation si se determina que existe la necesidad de información adicional y que la demora es de su interés.
5. Los clientes / familias no estarán sujetos a ningún tipo de discriminación, sanción, sanción o restricción por ejercer sus derechos de apelación.
6. Para información adicional, por favor llame a:
 - Fonda Tanner 702-722-2440

Firma de acuse de recibo: _____

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

Nombre y firma del testigo: _____

DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de un programa para el tratamiento de abuso o dependencia del alcohol u otras drogas, sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Si el programa recibe fondos de la Agencia de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias (SAPTA), usted tiene derecho a recibir tratamiento independientemente de si puede pagarlo, y el programa tiene prohibido imponer una tarifa o contrato, lo cual sería una dificultad para usted o su familia.
2. Tiene derecho a recibir un tratamiento adecuado a sus necesidades.
3. Si lo transfieren a otro proveedor de tratamiento, tiene derecho a que se le explique la necesidad de dicha transferencia y las alternativas disponibles, a menos que dicha transferencia se realice debido a una emergencia médica.
4. Tiene derecho a estar informado de todos los servicios del programa, que pueden ser beneficiosos para su tratamiento.
5. Tiene derecho a que sus registros clínicos se envíen al programa receptor si lo transfieren a otro programa de tratamiento.
6. Tiene derecho a que se le informe el nombre de la persona responsable de la coordinación de su tratamiento y las calificaciones profesionales del personal involucrado en su tratamiento.
7. Tiene derecho a ser informado de nuestro diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
8. Tiene derecho a recibir información suficiente para proporcionar el consentimiento informado para cualquier tratamiento que se le brinde. Esto debe incluir una descripción de cualquier riesgo médico significativo, el nombre de la persona responsable del tratamiento, un costo estimado del tratamiento y una descripción de las alternativas al tratamiento.
9. Tiene derecho a ser informado si la instalación propone realizar experimentos que afecten su propio tratamiento, y el derecho a negarse a participar en dichos experimentos.
10. Tiene derecho a examinar su cuenta de tratamiento y a recibir una explicación de la cuenta.
11. Tiene derecho a ser informado de las reglas del programa para su conducta en las instalaciones.
12. Tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias de dicho rechazo.
13. Tiene derecho a recibir atención respetuosa y considerada.
14. Tiene derecho a recibir atención continua: a recibir información sobre nuestras citas para el tratamiento, los nombres del personal del programa disponible para el tratamiento y cualquier necesidad de atención continua.
15. Tiene derecho a recibir cualquier solicitud razonable de servicios que el programa satisfaga razonablemente, teniendo en cuenta su capacidad para hacerlo.
16. Tiene derecho a un alojamiento seguro, saludable y cómodo.
17. Tiene derecho a un tratamiento confidencial. Esto significa que, aparte de las excepciones definidas por la ley, como aquellas en las que la seguridad pública tiene prioridad, sin su consentimiento explícito para hacerlo, el programa no puede divulgar información sobre usted, incluida la confirmación o la negación de que usted es un paciente.
18. La exención de cualquier derecho civil u otro derecho protegido por la ley no puede ser requerida como una condición de los servicios del programa.
19. Tiene derecho a no sufrir acoso o abuso emocional, físico, intelectual o sexual.

20. Tiene derecho a asistir a actividades religiosas de su elección, incluidas las visitas de un consejero espiritual, en la medida en que dichas actividades no entren en conflicto con las actividades del programa. El programa hará un acomodo razonable a sus actividades religiosas elegidas. La asistencia y participación en cualquier actividad religiosa debe ser solo de forma voluntaria.
21. Usted tiene derecho a reclamar las acciones y decisiones del personal del centro, que usted considera inapropiadas, incluidas, entre otras, las acciones y decisiones que, en su opinión, violan sus derechos como paciente. La instalación está obligada a desarrollar un procedimiento de reclamo para la resolución oportuna de las quejas de los pacientes y publicar dicho procedimiento en un lugar donde esté disponible de inmediato para usted. Tiene derecho a no sufrir represalias u otras consecuencias adversas como producto de la presentación de una queja. Para informar una queja formal, comuníquese con Daniel Avalos verbalmente al 1-702-485-1259 o por carta escrita al 4485 S Buffalo Dr. Las Vegas, NV 89147.
22. Tiene derecho a presentar una queja ante el Estado de Nevada si el procedimiento de quejas de la instalación no resuelve su queja a su entera satisfacción, y el derecho a no sufrir represalias u otras consecuencias adversas como producto de la presentación de una queja. Dichas quejas pueden dirigirse por escrito o por teléfono a: Agencia de Prevención y Tratamiento de Abuso de Sustancias, 4126 Technology Way, 2nd Floor, Carson City, Nevada 89706. Teléfono: 1-775-684-4190
23. Tiene derecho a ser informado de sus derechos como paciente. Lo anterior debe publicarse en la instalación en un lugar donde estén disponibles para usted de inmediato, y usted debe ser informado de estos derechos y recibir una lista de ellos tan pronto como sea prácticamente posible al comenzar el tratamiento.

Reconocimiento del paciente:

Por la presente, reconozco que he leído, entiendo y se me ha proporcionado una copia de los Derechos del paciente anteriores.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del padre / tutor (si corresponde)

Fecha



FORMA DE PERMISO PARA CONTACTAR

Nombre del cliente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Requested Username(office): _____

Yo, _____ otorgo United Citizens Foundation, permiso para contactarme o dejar un mensaje sobre citas, artículos administrativos, o problemas de emergencia a través de los siguientes métodos:

- Y N Mensaje de voz (casa) _____
 - Y N Mensaje de voz (cellular) _____
 - Y N Mensaje de voz (trabajo) _____
 - Y N Mensaje de Texto (no encriptado) _____
 - Y N Correo Electrónico (no encriptado) _____
 - Y N Correo Postal (dirección) _____
- _____
- _____

NOTA: Primero se hará todo lo posible para contactarlo por correo electrónico que cumpla con las regulaciones de HIPAA/HITECH.

Firma del Cliente

Signature Witness

Nombre impreso del cliente

Printed Name of Witness

Fecha

Date