

HealthPort

Formulario de registro de cliente

¿Para qué está aquí hoy? Atención primaria Salud conductual Fecha: _____

¿Tiene un tutor legal? No Sí, DEBE proporcionar una copia de la documentación de tutela.

Nombre y número de teléfono de la persona que lo remite aquí: _____

Nombre del cliente: _____ Nombre preferido: _____

Dirección: _____ # Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono (Móvil): _____ (Casa): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Recordatorios de citas: Seleccione **uno** : Recordatorio por mensaje de texto ____ días antes

Correo electrónico ____ días antes Mensaje de texto y correo electrónico ____ días antes

Llamada telefónica dos días antes

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Estado civil: _____ Género: Masculino Femenino Otro

Idioma principal hablado: Inglés Otro: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono _____

Información del seguro (proporcione tarjetas): Sin seguro Medicare Asistencia médica de Maryland

Medicaid de Maryland MCO Seguro Privado: **N.º del seguro** :_ _____

Nivel más alto de educación: _____ Actualmente matriculado en la escuela: Sí No

¿Está actualmente empleado? Sí No *En caso afirmativo:* Tiempo completo Tiempo parcial

¿Eres un veterano? Sí No ¿Prestó servicio en los conflictos de Iraq y/o Afganistán? Sí No

Historia militar: _____

Historia Legal: ¿Ha sido arrestado en los últimos 30 días? Sí No ¿90 días? Sí No

¿Tiene algún amigo o familiar en tratamiento en la HealthPort? Sí No

¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

Consentimiento para Servicios:

Entiendo que HealthPort proporcionará los siguientes servicios al momento de mi inscripción: *

- Tratamiento comunitario asertivo - ACT
- Programa de Rehabilitación Psiquiátrica - PRP
- Programa de Rehabilitación Residencial - RRP
- Empleo con apoyo - SE
- Servicios de crisis residenciales
- Salud mental para pacientes ambulatorios
- Atención Primaria

Derechos del cliente:

HealthPort cumplen con las regulaciones del Departamento de Salud e Higiene Mental, en las que se basan estos derechos.

Los clientes de HealthPort tienen derecho a:

1. Recibir una explicación de sus derechos.
2. Ser tratado de manera humana con una protección razonable contra daños y abusos, tanto físicos como mentales, y un derecho razonable a la privacidad.
3. Recibir tratamiento y atención en el entorno menos restrictivo independientemente de su raza, religión, género, identidad de género, origen étnico, edad, discapacidad, afiliación política, situación económica, cómo elige pagar la atención u orientación sexual.
4. Participar en la elaboración y comprensión del plan centrado en la persona, incluido el derecho a rechazar cualquier parte del plan.
5. Discutir sus medicamentos con su médico. Esto incluye cómo funciona el medicamento, cómo le hace sentir, los efectos secundarios y cualquier necesidad de cambios en el medicamento.
6. Obtener respuestas a sus preguntas sobre su tratamiento.
7. Confiar que la información personal se mantenga confidencial.
8. Revisar los registros con un defensor, consejero, terapeuta o líder de equipo.
9. Negarse a participar en investigaciones físicamente intrusivas.
10. Hablar con un defensor u otro personal en horarios razonables.
11. Iniciar una queja o reclamo, siguiendo el procedimiento de quejas.
12. Incluir a familiares y otras personas importantes en mi tratamiento.
13. Tener acceso a un miembro del personal de guardia para necesidades de emergencia al 410-341-3420
14. Tener acceso al tratamiento de manera oportuna, teniendo en cuenta las citas de rutina, de emergencia y urgentes.
15. Estos derechos pueden estar limitados únicamente por consideraciones terapéuticas comunicadas al miembro con antelación.
16. Saber que los incentivos motivacionales no se utilizarán para influir en el tratamiento.
17. Saber que no se utilizará restricción física ni aislamiento.

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

Para aquellos que reciben servicios de rehabilitación residencial, estos derechos adicionales se aplican a usted:

1. Enviar correo sin censura y recibir correo sin abrir.
2. Utilizar el teléfono público.
3. Hablar con un abogado, defensor público o clérigo en privado.
4. Recibir visitas en horarios razonables.
5. Ejercer todos los derechos civiles, incluido el derecho a votar y recibir o disponer de bienes, a menos que se considere legalmente incompetente.

Responsabilidades del cliente:

Se espera que todos los clientes de HealthPort cumplan con las siguientes responsabilidades para ser clientes de pleno derecho:

1. Tratar a las personas con respeto y no lastimar ni amenazar a ninguna otra persona ni a usted mismo.
2. Mantener todos los acuerdos que haga.
3. Participar en el desarrollo de su Plan Centrado en la Persona y seguir sus expectativas.
4. Seleccionar un proveedor de salud mental y colaborar en el tratamiento.
5. Conocer su enfermedad y hacerse cargo de su atención médica.
6. No usar ni tener armas, alcohol o drogas en ninguna propiedad del programa.
7. Pagar copagos y otras deudas según sea necesario.
8. Participar de una manera que no viole los derechos civiles de otros, teniendo cuidado de no exponer conscientemente a otros a enfermedades transmisibles.
9. Mantener las citas según lo programado.
10. Notificar a su proveedor sobre cualquier efecto secundario de los medicamentos.
11. No compartir medicamentos o suplementos recetados o de venta libre con nadie más, ya que es ilegal e inseguro.
12. Ser responsable de mis medicamentos recetados, dentro y fuera de las propiedades de la agencia.
13. No fumar ni vapear dentro de ningún edificio de la agencia. Hay áreas designadas para fumadores fuera del edificio con contenedores de cigarrillos disponibles.
14. Si recibe facturación con escala de tarifas móviles, debe proporcionar prueba verificable de todos los ingresos.
15. Proporcionar información precisa sobre el seguro, incluido cualquier cambio en la información del seguro.

Políticas e información del manual:

Procedimiento de queja: Si un cliente siente que se han violado sus derechos, se le solicita que presente una queja de acuerdo con el Procedimiento de quejas. Puede solicitar un formulario de queja a cualquier miembro del personal de su equipo de tratamiento o acceder al disponible en nuestro sitio web. Un miembro de la Junta Asesora del Consumidor o un miembro del personal neutral puede ayudarlo a presentar su queja.

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

Atención coordinada: si participa en más de uno de nuestros programas (clínica ambulatoria, rehabilitación psiquiátrica, rehabilitación residencial, empleo con apoyo/vocacional y/o tratamiento comunitario asertivo), el personal de la agencia coordinará su atención, que incluirá planificación del tratamiento, coordinación y comunicación.

Informantes obligatorios: Entiendo que, como proveedores de atención médica, la ley exige que el personal divulgue mi información de salud protegida sin mi consentimiento para reportar información sobre abuso y negligencia, y para advertir sobre otros peligros. Se deben reportar los informes de negligencia o abuso realizados a los proveedores de atención médica, independientemente de las circunstancias o cuándo sucedió. Además, el personal debe proporcionar información cuando las agencias estatales la soliciten sobre casos de abuso o negligencia, incluso cuando esta oficina no los haya reportado inicialmente.

Políticas de alta: Todos los servicios proporcionados por HealthPort son voluntarios. Nuestro personal está comprometido a brindarle atención de calidad. Nuestras políticas con respecto a la finalización del tratamiento se enumeran a continuación:

1. La prestación de servicios será, siempre que sea posible, un esfuerzo conjunto entre usted y sus proveedores. Cuando se tome esta decisión, usted y sus proveedores desarrollarán un plan de alta que incluya sus necesidades de servicios, progreso en el tratamiento y medicamentos. El personal lo ayudará con las derivaciones necesarias para tratamiento, rehabilitación o apoyo comunitario.
2. Es posible que le den de alta de los servicios cuando ya no sean necesarios o requeridos, o cuando el equipo de tratamiento considere que el tratamiento no debe continuar.
3. Es posible que le den de alta de los servicios si no ha participado en los servicios y el personal ha intentado comunicarse con usted con un aviso por escrito de al menos 30 días.
4. Se puede recomendar la decisión de dar de alta los servicios si no cumple con su plan centrado en la persona acordado mutuamente entre usted y su equipo de tratamiento.
5. Puede interrumpir los servicios en cualquier momento. Debe discutir esto con su equipo de tratamiento si decide hacerlo.
6. Su tratamiento puede finalizar si presenta una amenaza a la salud o seguridad del personal u otros clientes.

Telesalud: Los servicios prestados a través de tecnología de telesalud, disponibles en la Clínica Ambulatoria, estarán sujetos a los mismos estándares de confidencialidad que los servicios presenciales. Las plataformas audiovisuales de telesalud utilizadas por la agencia cumplirán con HIPAA y serán seguras. Las visitas telefónicas o de solo audio pueden no ser seguras debido a limitaciones tecnológicas. Es su responsabilidad como consumidor realizar visitas de telesalud en un lugar seguro y privado para minimizar el riesgo de divulgación involuntaria de información. Las personas que reciben servicios de telesalud deben ser atendidas en persona en el consultorio al menos tres veces al año o con más frecuencia, según las recomendaciones del proveedor y el plan de tratamiento.

Immunet: Participamos con el Sistema de información de vacunación de Maryland, una base de datos confidencial y segura que almacena los registros de vacunación de las personas. El personal de la agencia

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

correspondiente puede verificar sus registros de vacunación para evitar una vacunación insuficiente o excesiva y una prestación segura de los servicios.

MDPCP: HealthPort Primary Care ha elegido participar en el Programa de atención primaria de Maryland (MDPCP) a partir del 1 de enero de 2020. Los beneficiarios de Medicare que sean elegibles según lo determinado por el programa MDPCP recibirán una mejor coordinación de atención primaria a través del programa Care Wrap. Los beneficiarios elegibles de Medicare pueden optar por no recibir los servicios de informes del MDPCP en cualquier momento comunicándose con el servicio de asistencia técnica del MDPCP al 1-844-711-2664 opción 7.

Coordinación de Farmacia: La agencia utiliza recursos CRISP y farmacias asociadas para coordinar la conciliación, dispensación y prescripción segura de medicamentos.

CRISP: Hemos elegido participar en el Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes (CRISP), un intercambio regional de información de salud que presta servicios en Maryland y DC. Según lo permite la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio para brindar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede “optar por no participar” y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión voluntaria a CRISP por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org. Los informes de salud pública y la información sobre Sustancias Peligrosas Controladas, como parte del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de Maryland (PDMP), seguirán estando disponibles para los proveedores.

Seguridad: Su expediente médico se guarda en un lugar seguro y solo aquellos empleados o médicos que necesitan acceso a su expediente médico para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, tienen acceso a su expediente médico a menos que usted firme una autorización. Es nuestra política limitar razonablemente las divulgaciones y solicitudes de información médica protegida para pagos y operaciones de atención médica al mínimo necesario. También limitamos qué miembros de nuestra fuerza laboral tienen acceso a información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, según aquellos que necesitan acceso a la información para realizar su trabajo.

Consentimiento para el uso de Información de Salud Protegida: Entiendo que la Agencia mantendrá la confidencialidad de mis registros de una manera que sea consistente con la política de la compañía como se indica en el Aviso de Privacidad de HealthPort y que tengo derecho a revisar este aviso.

Sus derechos a ver su registro: Tiene derecho a ver o recibir un resumen de su registro. También tiene derecho a solicitarnos un informe de las personas o programas a quienes hemos divulgado su información médica protegida. (Esto no incluye divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, ni a personas autorizadas por usted). Para recibir esta información, comuníquese con: Custodian of Records, HealthPort, 505 E. Main Street, Salisbury, MD 21804; 410-341-3420.

Cómo presentar una queja: Tiene derecho a presentar una queja si cree que su información médica protegida ha sido divulgada en violación de la ley. Tiene 180 días para presentar una queja a menos que el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos renuncie o extienda el plazo. Puede

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

presentar una queja ante nuestro programa enviando un formulario de queja al Director de Recursos Humanos.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en el uso y divulgación del contenido de mis registros y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante una solicitud por escrito al Director del programa. _____ (Inicial)

Libero de responsabilidad y exonero de responsabilidad al personal remunerado, al personal voluntario, a los miembros y a la junta directiva de HealthPort por cualquier lesión personal que pueda sufrir mientras participó en las actividades. _____ (Inicial)

Doy permiso para filmar y utilizar fotografías para promover la conciencia comunitaria. Si no, me retiraré de la toma de fotografías o filmación. _____ (Inicial)

Consentimiento de servicios Health Home:

Para participantes de servicios PRP, RRP y/o ACT (para todos los demás, vaya a Divulgación de política financiera y Acuerdo de pago del cliente):

Al firmar este formulario, acepto recibir servicios de Health Home de HealthPort:

Esto significa que su proveedor de salud mental o trastorno por uso de sustancias comenzará a brindarle servicios adicionales diseñados para ayudarlo a administrar mejor su salud. Esto puede incluir ayudar a programar citas con otros proveedores, ofrecer información sobre sus condiciones de salud física, hacer un seguimiento cuando lo atiendan en un hospital o conectarlo con otros recursos que pueden ayudarlo a mejorar su bienestar.

Si bien participar en un Health Home le ayudará a garantizar que obtenga los servicios que necesita, aún podrá obtener atención médica y seguro médico incluso si no firma este formulario o no desea recibir servicios de Health Home de HealthPort

Su información de salud es privada y no puede entregarse a otras personas sin cumplir con las leyes y normas de Maryland y de los EE. UU. Algunas leyes especiales cubren la atención del VIH/SIDA, los registros de salud mental y el consumo de drogas y alcohol. Los socios que puedan obtener y ver su información de salud deben obedecer todas estas leyes. No pueden compartir su información a menos que usted esté de acuerdo, o la ley diga que pueden dar la información a otras personas. Esto es cierto si su información de salud está en una computadora o en papel. Este formulario no cambia las leyes y regulaciones que los socios deben seguir.

Acepto recibir servicios de Health Home de HealthPort. Entiendo que mi consentimiento dura hasta que lo retire, lo que puedo hacer firmando un Formulario de Retiro de Consentimiento. _____ (inicial)

Divulgación de política financiera y acuerdo de pago del cliente

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

1. Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo a HealthPort a divulgar información médica relacionada con mi tratamiento médico según lo soliciten terceros para garantizar el pago de los servicios prestados por HealthPort.
2. Autorización para pagar beneficios de seguro: Por la presente autorizo que cualquier seguro o beneficio de terceros, relacionado con este tratamiento de salud mental y/o atención primaria, se pague directamente a HealthPort.
3. Garantía de pago: En consideración de la aceptación del cliente nombrado por parte de HealthPort y por los servicios prestados a dicho cliente, el abajo firmante garantiza el pago de todos y cada uno de los cargos realizados por HealthPort.
4. Escala móvil de tarifas: Si me ubican en una escala móvil de tarifas, proporcionaré información financiera precisa y actualizada al menos cada 12 meses. Debo pagar por cualquier servicio que me brinde HealthPort según el acuerdo financiero escrito.
5. Estimación de buena fe: si no tengo seguro, entiendo que se me pondrá a disposición una estimación de buena fe si la solicito. La Estimación de buena fe proporcionará información sobre los costos de cualquier servicio o artículo de atención médica esperado. El Estimado de buena fe no es un contrato y está sujeto a cambios debido a procedimientos no programados o recomendados previamente como parte del curso de atención.
6. Telesalud: Las visitas de telesalud, visitas realizadas por medios de audio/video bidireccionales o solo de audio, están sujetas a las mismas reglas de facturación que los servicios en persona.
7. Asignación de Medicare: Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el TÍTULO IV de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo relacionado con Medicare. Entiendo que soy responsable de cualquier deducible o coseguro.
8. Autorizaciones: algunos pagadores de seguros requieren que los clientes participen en las autorizaciones de servicios y medicamentos; si se necesita su participación, el personal de la agencia completará la documentación y los formularios con usted.
9. Si más de una persona firma esta Divulgación/Acuerdo, su responsabilidad será conjunta y solidaria.
10. Al firmar este documento, se entiende que toda la información médica, de diagnóstico y de tratamiento solo se divulgará a las compañías de seguros correspondientes designadas por el firmante.

Mi consentimiento se otorga libre y plenamente para que esos servicios se realicen para mi beneficio.

He recibido y leído o me han leído el: Manual de Orientación y/o Políticas de Consentimiento

Lo que explica lo siguiente:

- Mis derechos y responsabilidades como cliente
- Cómo se establecen y pagan las tarifas
- El procedimiento de denuncia
- El procedimiento de alta
- Horarios del programa, servicios y procedimientos fuera del horario de atención.

Consentimiento para servicios de HealthPort

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

Otra información importante

Certifico que entiendo completamente la información presentada en el Manual.

Firma del cliente

Fecha

Tutor/Garante

Fecha

Tutor/Garante

Fecha

Lower Shore Clinic cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. (Spanish)

Lower Shore Clinic 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務 (Chinese)

Lower Shore Clinic 은 (는) 관련 연방 공민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 이유로 차별하지 않습니다. 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (Korean)

Lower Shore Clinic tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. (Vietnamese)

Lower Shore Clinic respecte les lois fédérales en vigueur relatives aux droits civiques et ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, l'âge, le sexe ou un handicap. Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. (French).

Sumusunod ang Lower Shore Clinic sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian. Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. (Tagalog)

Lower Shore Clinic соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. (Russian)

Lower Shore Clinic የፌዴራል ስልጠና ብቻ ሳይሆን የሚያከብር ሆኖ ለሁሉም ሰዎች ገንዘብ፣ በቆይታ ለምት፣ በዘርፍ ለምት፣ በእድሜ ለምት፣ በአካል ጉዳት ወይም በጾታ ማንኛውንም ሰው አያገልግልም። የሚናገሩት ቋንቋ ከሚናገሩት ሁሉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ዝጋጃ ተዋል (Amharic)

Lower Shore Clinic tele ilana ofin ijoba apapo lori eto ara ilu atipe won ko gbodo sojusaju lori oro eya awo, ilu-abinibi, ojo-ori, abarapa tabi okunrin ati obinrin. tele ilana ofin ijoba apapo lori eto ara ilu atipe won ko gbodo sojusaju lori oro eya awo, ilu-abinibi, ojo-ori, abarapa tabi okunrin ati obinrin. (Yoruba)

Lower Shore Clinic na eso usoro iwu federal civil rights. Ha a nakwagi akpachapu onye o bula níhe e be o nye ahu si, a gburu ya, colo ahu ya, aha ole onye ahu di, ma o bu nwoke ma o bu nwanyi. O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na (Ibo)

Lower Shore Clinic cumpre as leis de direitos civis federais aplicáveis e não exerce discriminação com base na raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. (Portuguese)

Lower Shore Clinic konfòm ak lwa sou dwa sivil Federal ki aplikab yo e li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, peyi orijin, laj, enfimite oswa sèks. Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. (French Creole)

Lower Shore Clinic લાગુ પડતા સમવાયી નાગરિક અધિકાર કાયદા સાથે સુસંગત છે અને જાતિ, રંગ, રાષ્ટ્રીય મૂળ, ઉંમર, અશક્તતા અથવા લિંગના આધારે ભેદભાવ રાખવામાં આવતો નથી. સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

(Gujarati)

Lower Shore Clinic ametimiza mahitaji ya sheria za serikali kuu na hana ubaguzi wa kikabila, rangi, asili, umri, ilemavu ama jinsia. Eğer Türkçe konuşuyor iseniz, dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. (Turkish)

Lower Shore Clinic قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور یہ خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کے نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری یا جنس کی بنیاد پر امتیاز نہیں کرتا۔ (Urdu)

Lower Shore Clinic يلتزم بقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المعمول بها ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو السن أو الإعاقة أو الجنس. ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم xxx-xxx-xxxx-1 (رقم هاتف الصم والبكم: xxx-xxx-xxxx-1). (Arabic)