



Para: Intake

Enviar a: 303-487-7240

EMAIL: Intake@CommunityReachCenter.org

Fecha:

Hora:

AM/PM

Número de páginas en total incluyendo esta página:

La (s) siguiente (s) hoja (s) contiene información CONFIDENCIAL para el destinatario y está destinada únicamente a la atención de esa persona. El destinatario autorizado de esta información tiene prohibido revelar esta información a cualquier otra parte.

Si no es el destinatario deseado, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción tomada en relación con estos documentos está estrictamente prohibida. Si ha recibido este error de tele copia, notifique al remitente de inmediato para hacer arreglos para la devolución de estos documentos.

De:

Departamento:

Número de teléfono
directo:

Re:

Instrucciones especiales (Idioma, interprete, o otra cosa):

A quien podemos contactar y el número de teléfono:

- Formas iniciales completados (Todas las formas iniciales deben ser completados y firmados antes de que podemos ofrecer una cita)

Notas:

Formulario de Admisión al Community Reach Center



ETAPA # _____ Fecha de admisión: ____/____/____

Apellido del Cliente _____ Nombre _____ Inicial _____ Nombre Preferido _____

(____) _____ -- _____ Teléfono de casa
 (____) _____ -- _____ Número de celular
 _____ Correo Electrónico

Calle y numero _____ # de Apartamento o Lote _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento
 _____ -- _____ -- _____ Número de seguro social

Empleador/Escuela _____ Dirección _____ (____) ____ -- _____ Numero de Trabajo
 Ocupación (o grado en la escuela) _____

¿Es Usted

Español/Hispano/Latino?

- Hispano – Mexicano
- Hispano – Cubano
- Hispano-Puertorriqueño
- Hispano – otro
- Prefiero no contestar

Grupo Étnico

- Indio Americano/
Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afro Americano
- Nativo de Hawái/ de
una isla del pacifico
- Blanco
- Prefiero no contestar

Años de Educación:

_____ (Diploma de
Preparatoria = 12 años)

¿Está Usted

Embarazada?

- Si
- No

**¿El Problema Subsistió
por un Año o Más?**

- Si
- No

**¿Es Usted Veterano o
Militar Activo?**

- Yes
- No
-

Estado Civil

- Nunca me case
- Casado(a)
- Casado/Separado
- Viudo(a)
- Divorciado(a)

Sexo

- Femenino
- Masculino

Orientación Sexual

- Heterosexual
- Gay/Lesbiana
- Bisexual
- Prefiero no contestar
- Otro: _____

Ha sido diagnosticado con:

- Discapacidad del desarrollo
- Ciego / Perdida de visión severa
- Lesión cerebral traumática
- Sordo / Perdida severa de audición
- Discapacidad de aprendizaje

Idioma Preferido:

- Ingles
- Español
- Otra: _____

Estado del Empleado

- Tiempo completo
- Medio Tiempo
- Discapacitado
- Desempleado
- Estudiante

Servicios Anteriores de Salud Mental

- Atención de paciente externo
- Otra atención de 24 horas
- Atención parcial
- Atención a paciente interno

Actualmente (Marque si Si)

- ¿Se está atendiendo a alguien de su familia en
nuestras oficinas?
- ¿Ha estado usted o alguien de su familia antes en
nuestras oficinas?

**Personas Con las que Vive (Marque todas las que
apliquen)**

- Solo
- Custodio legal
- Padres adoptivos
- Madre
- Padre
- Compañero(a)/Pareja
- Esposo(a)
- Hermano(s)
- Hijo/hijos
- Familiar(es)
- Persona no relacionada

Otros Miembros de la Familia en la Casa:

Nombre(s):	Fecha de nac. o edad:	Sexo (Mo F):	Relación:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

En Caso de Emergencia, Llamar A:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación: _____
 (____) _____ -- _____

**COMMUNITY REACH CENTER
FORMULARIO FINANCIERO DEL CONSUMIDOR**

CONVENIO PARA EL PAGO DE CUOTA

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

PUBLICACION DE INFORMACIÓN

Fecha:		Número de cuenta del consumidor:	
Apellido del consumidor:		Nombre: Inicial	
Número de Seguro Social del consumidor:		Fecha de nacimiento del consumidor	

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

<input type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Su esposo/a	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor	<input type="checkbox"/> Otro:
Apellido		Nombre Inicial		
Dirección (calle y numero)			Número de apartamento o espacio	
Ciudad	Estado	Código Postal	Jefe de familia (Marque uno) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Número telefónico de la casa:		Teléfono y extensión del trabajo:	Empleador:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Se acompaña copia de tarjeta de seguro (frente y reverso)

Relación del asegurador con el consumidor (Marque uno)

<input type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Su esposo/a	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor	<input type="checkbox"/> Otro:
Número de Medicare:	Número de Medicaid:	Condado	Número familiar CORE:	Otro:
Número de Seguro Social del Asegurado		Apellido del asegurado Nombre Inicial		
Nombre de la compañía aseguradora		Teléfono de la aseguradora:		
Dirección postal/Calle y número		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de póliza:	Número de grupo	Número de autorización (Si se requiere)		

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Se acompaña copia de tarjeta de seguro (frente y reverso)

Relación del asegurador con el consumidor (Marque uno)

<input type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Su esposo/a	<input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Padre/madre o tutor	<input type="checkbox"/> Otro:
Número de Medicare:	Número de Medicaid:	Condado	# familiar de CORE	Otro:
Número de Seguro Social del Asegurado:		Apellido del asegurado Nombre Inicial		
Nombre de la compañía aseguradora		Teléfono de la aseguradora :		
Dirección postal/Calle y número		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de póliza	Número de grupo	Número de autorización (Si se requiere)		

He revisado el Formulario Financiero del Consumidor y las Normas para el cobro de la cuota y el Convenio Financiero para el Centro. He proporcionado toda la información que se me pide según mis conocimientos. Recibí una copia de este formulario y del convenio de las normas para el pago de la cuota y estoy de acuerdo en sus términos. Estoy de acuerdo en asumir mi responsabilidad y pagarle al Centro la cuota que se asigne.

PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo al Community Reach Center para que publique información para fines del seguro como lo pueda requerir la compañía aseguradora.

AUTORIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Autorizo que el pago se haga directamente al Community Reach Center.

Firma del consumidor/padre/madre o tutor _____ Fecha _____

Firma de la persona asegurada _____ Fecha _____

FOR OFFICE PURPOSES ONLY – TO BE COMPLETED BY COMMUNITY REACH CENTER STAFF

Gross Annual Household Income: \$	No. of Dependents:	Fee Per Session:
	No. of Child Dependents:	



Community Reach Center, Inc.

Normas para el pago de una cuota y Convenio Financiero

SE ESPERA QUE EL PAGO SE HAGA EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS.

Community Reach Center, Inc. (CRC) es una organización no gubernamental sin fines de lucro que depende del pago de cuotas y del seguro para la mayor parte de sus gastos de operación. A fin de cuentas, usted es responsable financieramente por todos los servicios que usted o los miembros de su familia reciban de parte del Centro.

Si tiene usted seguro, Medicare o Medicaid, requerimos de usted que:

- Proporcione una copia (del frente y del reverso) de su tarjeta VIGENTE de Medicaid al momento de cada visita, o cuando menos una vez al mes en lo sucesivo. Si no proporciona una copia de su tarjeta vigente se le podrán cobrar la cuota total por los servicios. Los servicios están disponibles para usted mientras viva en el Condado Adams y continúe llenado los requisitos para recibir servicios de Medicaid. Si usted reside fuera del Condado Adams, CRC es responsable de proporcionar servicios de emergencia hasta que recibamos una autorización previa de su médico principal. Al doctor que le atiende principalmente (PCP) se le notificará que usted está recibiendo servicios de salud mental.
- Proporcione al CRC el formulario de reclamos a la aseguradora obtenido del empleador, del agente o compañía de seguros, llenando la información requerida, y una copia de su tarjeta de su seguro (por el frente y el reverso). La verificación de los beneficios del seguro no es una garantía de pago. El contrato de su seguro es entre usted y su compañía de seguros. le auxiliaremos a usted en todas las formas posibles para que reciba el pago de parte de ellos. En todo caso, a fin de cuentas usted es responsable del pago. Usted es responsable de todos los deducibles y los pagos conjuntos.
- Proporcione una copia de su tarjeta de Medicare al momento de cada visita o cuando menos una vez al mes, que refleje si usted reúne los requisitos para recibir servicios de acuerdo con su Parte B del seguro Medicare. Los servicios proporcionados por médicos, psicólogos con licencia o terapeutas con licencia están supervisados por un médico o psicólogo presentes y disponibles en el edificio al momento en que se prestan los servicios. Usted es responsable de todos los deducibles y pagos conjuntos que no estén cubiertos por Medicare.
- Si en algún momento cambia su cobertura, es responsabilidad de usted notificar al CRC. De no hacerlo así, podría resultar en que se le cobren a usted las cuotas en vez de a Medicaid, Medicare, a su compañía de seguros, a una subvención especial o a alguna otra persona que paga.
- En el caso de que se soliciten o se requieran servicios adicionales que no estén cubiertos en el plan de su seguro o de la persona que paga, usted será el único responsable por esos servicios.

Normas que rigen las cuotas/el cobro:

- Es responsabilidad de usted notificar al CRC cualquier cambio en su situación financiera durante el término de este convenio. De no hacerlo así, puede producir la terminación de este convenio y/o cambios en su cuota.
- Con ocasión de su admisión, se le pedirá que complete una declaración financiera si solicita que se le cobre una cuota rebajada. Esta cuota rebajada estará en efecto mientras su cuenta se encuentre al corriente. Este convenio por la cuota tendrá efectos durante un año a menos de que se pacte lo contrario. Se requiere que haya una revisión anual de la cuenta de cada consumidor.
- Las normas del CRC determina que los consumidores que dejen de pagar tres (3) sesiones, corren el riesgo de que se les den por terminados los servicios. La decisión de dar por terminados los servicios se basará tanto en la información clínica como en la financiera.
- Se cobrará una cota de \$15 por NO PRESENTARSE si usted no avisa al CRC cuando menos 24 horas antes de su cita programada. Esta cuota deberá pagarse en su siguiente cita.
- Se espera que se haga el pago antes de cualquier evaluación psicológica o de interacción para los consumidores que pagan por su cuenta.

Cuentas morosas:

- En el caso de que se haga necesario asignar su cuenta a una agencia de cobranzas, usted es responsable de los costos de cobranza, que pueden incluir los gastos de abogado y otros costos en que se incurra.



Formulario de declaración de ingresos

Nombre del cliente: _____

Identificación del cliente# _____

Entiendo que debo proporcionar comprobante de ingresos para poder establecer mi tarifa por los servicios recibidos en Community Reach Center. Esto es de acuerdo con el cronograma de Capacidad de Pago de la División de Salud Mental del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado. Proporcionaré a Community Reach Center dicha evidencia para cada miembro de mi familia que contribuya a los ingresos del hogar. Los ingresos incluyen salarios ganados, jubilación, manutención infantil, manutención / pensión alimenticia, ingresos por inversiones, dinero recibido de asistencia pública y dinero en efectivo recibido como regalo para ayudar en el sustento de la familia.

_____ Actualmente recibo ingresos del Seguro Social por la cantidad de \$ _____ por mes

_____ Actualmente recibo ingresos por discapacidad del Seguro Social por la cantidad de \$ _____ por mes

Doy fe de que el ingreso total de mi hogar es \$ _____ () por año () por mes

Este ingreso sustenta a _____ adultos (incluyéndome) y _____ niños menores de 18 años.

Entiendo que esta información debe actualizarse de acuerdo con los siguientes eventos y se me puede pedir que firme este formulario en ese momento:

- Los clientes deben proporcionar documentación anualmente (al menos una vez cada año fiscal estatal);
- Los ingresos familiares han cambiado significativamente;
- El número de dependientes en la familia ha cambiado; o
- La información proporcionada no era precisa.

Firma del cliente

Fecha

Testigo (personal del CRC)

Fecha

Formas aceptables de prueba de ingresos

Tipo de ingresos	Se requiere documentación de respaldo
Sueldos / Propinas / Salario	Recibos de pago
Compensación por desempleo	Carta o declaración de adjudicación
Ingresos de trabajo por cuenta propia	Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior
Compensación al trabajador	Carta de adjudicación o determinación de beneficios
SSDI o SSI	Carta de beneficios, declaración de beneficios recibidos, aviso de adjudicación
Pensión alimenticia	Decreto judicial
Los ingresos por alquiler	Copia del contrato de arrendamiento
Fondo fiduciario	Carta del administrador

Si se utilizará un recibo de pago, complete lo siguiente:

Número promedio de horas trabajadas por semana: _____ Tarifa por hora: _____



Nombre por el cual se hace llamar: _____ Fecha de hoy: _____

Pronombres que usa: ella elle él Otros (especificar): _____

¿Como supo sobre nosotros? _____

Si es menor de 15 años o un adulto con tutor legal:

Padre/tutor 1: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Padre/tutor 2: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

¿Qué tipo de **derechos de toma de decisiones** tiene el padre/tutor? Completo _____ Conjunto _____ No estoy seguro _____

Otro (temporal, poder notarial, poder de atención médica): _____

¿Existe un plan de custodia/documentación judicial? Sí _____ No _____

¿Tiene la documentación de custodia/judicial de respaldo **consigo hoy**? Sí _____ No _____

Para los padres divorciados/separados con toma de decisiones conjunta, se requiere el consentimiento de ambos padres.

Describa brevemente por qué está aquí hoy: _____

¿Ha consumido alcohol o drogas **en las últimas 24 horas (incluida la marihuana)**? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, escriba la(s) sustancia(s) y la hora en que las utilizó por última vez:

Marque ha experimentado:

Pensamientos sobre acabar con su vida Hoy

En el último mes

En el último año

Pensamientos sobre matar a otras personas:

Hoy

En el último mes

En el último año

Marque la(s) razón(es) por las que busca servicios: **Tenga en cuenta: los medicamentos no se recetan durante su admisión. Las citas para medicamentos pueden ser de hasta 30 días y solo son programadas para aquellos clientes que se reúnan regularmente con un terapeuta individual en CRC.**

Terapia individual

Recursos para vivienda, refugio, comida

Evaluación de libertad condicional

Terapia grupal

Hospitalización reciente por salud mental

Terapia familiar

Tratamiento de drogas/alcohol

Medicamentos

Otro: _____

¿Tiene actualmente un terapeuta o consejero? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, escriba su nombre y por qué lo está tratando: _____

Si se envía electrónicamente, es posible que la documentación no se revise hasta las 24 horas hábiles. Si está teniendo una emergencia de salud conductual, llame a Colorado Crisis Services al 1-844-493-TALK (8255) o visite www.coloradocrisisservices.org. También puede ir a la Atención de urgencia de salud conductual de CRC (abierta las 24 horas, los 7 días de la semana) ubicada en 8440 N Bryant St. en Westminster. Si actualmente se encuentra en una oficina de CRC, también puede notificar al personal de recepción que necesita ayuda para manejar una crisis.



Consumer ID # _____

Medical Record # _____

Historia Médica

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Doctor Primario _____ Oficina/Clinica: _____

Dirección del Oficina/Clinica _____ Número de teléfono _____

Fecha del último examen físico _____

Condiciones Físicas (ejemplo: diabetes, presióalta, cirugías, etc.)

Ningún problema físico

Medicamentos actuales

Ningún medicamento actual

Nombre de medicina	Dosis	Frecuencia	Doctor que receta

Alergias a los medicamentos

Ninguna alergia a los medicamentos

Medicamento	Reacción (ejemplo: ronchas)	Medicamento	Reacción (ejemplo: ronchas)

Dental: Por favor escriba cualquier problema dental: _____

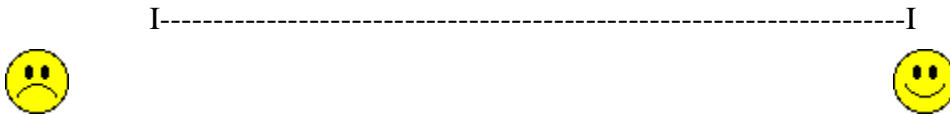
Ningún problema dental

Encuesta de Resultado para Jóvenes

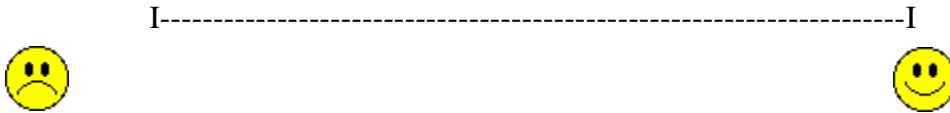
Nombre _____ Edad (Años): ____
Género: _____
Cita # ____ Fecha: _____

Cómo estás? Cómo van las cosas en tu vida? Por favor haz una marca vertical en las líneas de abajo. Mientras más te acercas a la cara de sonrisa, mejor estan las cosas. Mientras más te acercas a la cara de tristeza, las cosas no estan muy bien.

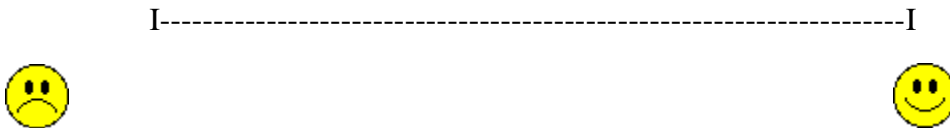
Yo
(Cómo estoy yo?)



Familia
(Cómo están las cosas en mi familia?)



Escuela
(Cómo me va en la escuela?)



Todo
(Cómo me va en mi vida en general?)



International Center for Clinical Excellence

www.scottmiller.com