



FAX: 303-487-7240

Para: **Admisión:** **Correo electrónico:**
Intake@CommunityReachCenter.org

Fecha: **Hora:** **a. m./p. m.**

Cantidad total de páginas, incluida la portada:

Las siguientes hojas contienen información **CONFIDENCIAL** para el destinatario y están destinadas exclusivamente a su atención. El destinatario autorizado de esta información tiene prohibido divulgarla a terceros.

Si usted no es el destinatario a quien va dirigida, por la presente se le notifica que se prohíbe estrictamente cualquier divulgación, copia, distribución o acción realizada en relación con estos documentos. Si ha recibido esta telecomunicación por error, notifíquelo inmediatamente al remitente para coordinar devolución de los documentos.

De: **Departamento:**

N.º de teléfono directo

Asunto:

Instrucciones especiales (idioma, intérprete, etc.):

A quién contactar y su número de contacto:

Se adjunta la documentación de admisión completada. (Toda la documentación de admisión debe completarse y firmarse antes de poder ofrecer una cita de admisión programada).

Notas: _____

Iniciales del operador _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN de Community Reach Center



N.º DE Credible _____ Fecha de admisión: ____/____/____

Apellido del cliente _____ Nombre legal _____ Inicial del Nombre preferido
segundo nombre _____

(____) ____ -- _____ (____) ____ -- _____ Dirección de correo electrónico
Número de teléfono particular Número de teléfono celular

Dirección _____ N.º de Apto. o Lote _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

____/____/____ Fecha de nacimiento Número de Seguro Social _____

Empleador/Escuela _____ Dirección _____ (____) ____ -- Teléfono laboral Ocupación (o grado en la escuela) _____

¿Es usted español/ hispano/latino?:

- Hispano, mexicano
- Hispano, cubano
- Hispano, puertorriqueño
- Hispano, otro
- No soy hispano ni latino
- Prefiero no responder

Origen étnico:

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no responder

Años de educación:

____ (Diploma de estudios secundarios = 12 años)

¿Está embarazada?:

- Sí
- No

El problema existió durante un año o más:

- Sí
- No

¿Es veterano o militar activo?:

- Sí
- No

Estado civil:

- Nunca se casó
- Casado
- Separado
- Viudo
- Divorciado

Género:

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Prefiero no responder

Orientación sexual:

- Heterosexual
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Prefiero no responder
- Completar: _____

¿Alguna vez le diagnosticaron algo de lo siguiente?:

- Discapacidad del desarrollo
- Ceguera o pérdida grave de la visión
- Lesión cerebral traumática (TBI)
- Sordera o pérdida auditiva grave
- Discapacidad para el aprendizaje
- Ninguna

Idioma preferido:

- Inglés
- Español
- Otro: _____

Situación laboral:

- Tiempo completo
- Tiempo parcial
- Discapacitado
- Desempleado
- Estudiante

Servicios anteriores de salud mental:

- Atención para pacientes internados
- Otro tipo de atención las 24 horas
- Atención parcial
- Atención ambulatoria

¿Con quién vive? (Marque todas las opciones que correspondan):

- Solo
- Tutor
- Padre adoptivo o madre adoptiva
- Madre
- Padre
- Pareja
- Cónyuge
- Hermanos
- Hijos
- Familiares
- Personas que no son familiares

En caso de emergencia, llame a (nombre/apellido): _____

Número de teléfono: _____

Relación: _____

(____) ____ -- _____

COMMUNITY REACH CENTER

FORMULARIO FINANCIERO DEL CONSUMIDOR

ACUERDO DE TARIFAS

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

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

PERSONA ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE

<input type="radio"/> La misma persona		<input type="radio"/> Cónyuge		<input type="radio"/> Dependiente		<input type="radio"/> Padre, madre o tutor		<input type="radio"/> Otro:	
Apellido				Nombre				Inicial del segundo nombre	
Dirección						Número de apartamento/espacio			
Ciudad		Estado		Código postal		Jefe del hogar (marque uno) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO			
Número de teléfono particular:				Número de teléfono laboral y extensión:				Empleador:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Se adjunta copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso)

Relación del asegurador con el consumidor: (Marque una opción)

<input type="radio"/> La misma persona		<input type="radio"/> Cónyuge		<input type="radio"/> Dependiente		<input type="radio"/> Padre, madre o tutor		<input type="radio"/> Otro:	
Número de Medicare:		Número de Medicaid:		Condado		Número del hogar de CORE:		Otro:	
Número de Seguro Social del asegurado				Apellido del asegurado		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Nombre de la compañía de seguros				Número de teléfono del seguro:					
Dirección/dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Número de póliza:			Número de grupo			Número de autorización (si es necesario)			

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Se adjunta copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso)

Relación del asegurador con el consumidor: (Marque una opción)

<input type="radio"/> La misma persona		<input type="radio"/> Cónyuge		<input type="radio"/> Dependiente		<input type="radio"/> Padre, madre o tutor		<input type="radio"/> Otro:	
Número de Medicare:		Número de Medicaid:		Condado		Número del hogar de CORE:		Otro:	
Número de Seguro Social del consumidor:				Apellido del asegurado		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Nombre de la compañía de seguros				Número de teléfono del seguro:					
Dirección/dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Número de póliza			Número de grupo			Número de autorización (si es necesario)			

He revisado el formulario financiero del consumidor previo, las políticas de facturación de tarifas y el contrato financiero para el CRC. He completado la información solicitada de forma total y a mi leal saber y entender. He recibido una copia de este formulario, así como del contrato de la póliza tarifaria y acepto los términos. Acepto asumir la responsabilidad y pagarle al CRC la tarifa asignada.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo a Community Reach Center a divulgar información con fines de seguro, según lo requiera la compañía de seguros.

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a que el pago se efectúe directamente a Community Reach Center.

Firma del consumidor/padre, madre o tutor Fecha

Firma del asegurado Fecha

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO - A COMPLETAR POR EL PERSONAL DE COMMUNITY REACH CENTER

Ingreso familiar bruto anual: \$

Cantidad de dependientes:

Tarifa por sesión:

Cantidad de niños dependientes:



Community Reach Center, Inc. Política de tarifas y contrato financiero

SE ESPERA EL PAGO AL MOMENTO QUE SE PROPORCIONAN LOS SERVICIOS

Community Reach Center, Inc. (CRC) es una organización no gubernamental sin fines de lucro que depende de las tarifas y los pagos de seguros para una gran parte de sus gastos operativos. En última instancia, usted es el responsable financiero de todos los servicios que usted o los miembros de su hogar reciban del CRC.

Si tiene seguro, Medicare o Medicaid, le solicitamos lo siguiente:

- Que proporcione una copia de su tarjeta de seguro ACTUAL de Medicaid (frente y dorso) en cada consulta o, por lo menos, una vez al mes desde entonces. No proporcionar una copia de su tarjeta actual podría tener como consecuencia que se le cobre la tarifa completa por los servicios.
- Que le proporcione a CRC cualquier formulario de reclamo de seguro por parte de su empleador, agente de seguros o compañía con la información solicitada completa o una copia de su tarjeta de seguro (frente y dorso). La verificación de los beneficios del seguro no es una garantía de pago. El contrato del seguro es entre usted y su compañía aseguradora. Lo ayudaremos en todo lo posible a recibir el pago de parte de esta. Sin embargo, usted es en definitiva el responsable por el pago. Usted es responsable por todos los deducibles y copagos.
- Que proporcione una copia de su tarjeta de Medicare al momento de cada consulta o, al menos, una vez por mes, que refleje si usted cumple los requisitos para los servicios conforme al seguro Parte B de Medicare. Los servicios proporcionados por médicos, un psicólogo o un terapeuta autorizados que están supervisados por un médico o psicólogo presente y disponible en las instalaciones al momento de prestar los servicios. Usted es responsable de todos los deducibles y copagos que no estén cubiertos por Medicare.
- Si en algún momento su cobertura cambia, es su responsabilidad notificar a CRC al respecto. Si no lo hace, es posible que las tarifas se le facturen a usted en lugar de a Medicaid, Medicare, a su compañía aseguradora, a una subvención especial o a un tercero pagador.
- En caso de que se soliciten o exijan servicios adicionales que no están cubiertos por su seguro o plan de pago, usted será el único responsable por dichos servicios.

Políticas de tarifas y facturación:

- Es su responsabilidad notificar a CRC sobre todo cambio en su situación financiera durante la vigencia de este contrato. No hacerlo puede causar la rescisión de este contrato o cambios en su tarifa.
- Al momento de la admisión, se le solicitará que complete una declaración financiera, en caso de que solicite una tarifa reducida. Esta tarifa reducida estará vigente mientras la cuenta se mantenga al día. Este contrato de tarifas permanecerá en vigor durante un año, a menos que se indique lo contrario. Se requiere una revisión anual en la cuenta de cada consumidor.
- La política de CRC establece que los consumidores que no pagan durante tres (3) sesiones están en riesgo de que se rescindan los servicios. La decisión de rescindir los servicios se basará en información tanto clínica como financiera.
- Se le podría cobrar una tarifa de \$15.00 por NO PRESENTARSE si no notifica al CRC, al menos 24 horas antes de su cita programada. Deberá abonar esta tarifa en su próxima cita.
- El pago se espera antes de cualquier evaluación psicológica o de interacción para todos los consumidores que pagan por su cuenta.

Cuentas morosas:

- En caso de que sea necesario asignar su cuenta a una agencia de cobranzas, usted es responsable por todos los costos de cobranza, los que pueden incluir los honorarios de abogados y otros costos en los que se incurra.



Formulario de declaración de ingresos

Nombre del cliente: _____ N.º de identificación del cliente _____

Comprendo que debo proporcionar una constancia de ingresos para determinar mi tarifa por los servicios recibidos en Community Reach Center. Esto es de acuerdo con el programa de Capacidad de Pago de la División de Salud Mental del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado.

Brindaré a Community Reach Center dicha constancia para cada miembro de mi familia que contribuya a los ingresos del hogar. Los ingresos incluyen salarios percibidos, jubilación, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por inversiones, dinero recibido de la asistencia pública y dinero en efectivo recibido como regalo para ayudar con el sostenimiento de la familia.

Actualmente recibo ingresos de la Seguridad Social por un monto de \$ _____ por mes

Actualmente recibo ingresos por incapacidad de la Seguridad Social por un monto de \$ _____ por mes

Declaro que el ingreso total de mi hogar es de \$ _____ por año por mes

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

Comprendo que esta información debe actualizarse de acuerdo con los siguientes eventos y es posible que se me pida que firme este formulario en ese momento:

- Los clientes deben proporcionar la documentación anualmente, es decir, al menos una vez cada año fiscal del Estado.
- El ingreso familiar ha cambiado significativamente.
- La cantidad de dependientes en la familia ha cambiado.
- La información proporcionada no es correcta.

Firma del cliente

Fecha

Fecha del testigo (personal de CRC)

Formularios aceptables como comprobante de ingresos

Tipo de ingreso	Documentación justificativa requerida
Jornales/propinas/salario	Recibos de sueldo
Indemnización por desempleo	Carta o declaración de adjudicación
Ingresos de trabajo por cuenta propia	Declaración de impuestos a los ingresos del año anterior
Indemnización laboral	Carta de adjudicación o determinación de beneficios
Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	Carta de beneficios, declaración de beneficios recibidos, aviso de adjudicación
Pensión alimenticia	Sentencia judicial
Ingresos por alquiler	Copia del contrato de arrendamiento
Fondo fiduciario	Carta del fideicomisario

Si se va a utilizar un recibo de sueldo, complete lo siguiente:

Promedio de horas trabajadas a la semana: _____ Precio por hora: _____



Nombre que usa: _____ Fecha de hoy: _____

Pronombres que usa: ella elle él Otro (especifique): _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

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

Padre/madre/tutor 1: _____ N.º de teléfono: _____ Relación: _____

Padre/madre/tutor 2: _____ N.º de teléfono: _____ Relación: _____

¿Qué tipo de **derechos para tomar decisiones** tiene el padre, la madre o el tutor? Total En conjunto

No estoy seguro Otro (temporal, poder notarial, apoderado para la atención médica): _____

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

¿Tiene documentación justificativa de custodia o judicial **en este momento**? Sí No

En el caso de padres divorciados/separados con toma de decisiones compartida, se requiere el consentimiento de ambos progenitores.

Describa brevemente por qué está aquí hoy: _____

¿Ha consumido algún tipo de alcohol o droga **en las últimas 24 horas (incluida marihuana)**? Sí No

En caso afirmativo, indique qué sustancias y a qué hora la consumió por última vez: _____

Marque si tiene o ha tenido:

Pensamientos suicidas Hoy Durante el mes pasado En el último año
Pensamientos sobre matar a otras personas: Hoy Durante el mes pasado En el último año

Marque las razones por las que solicita servicios: **Tenga en cuenta: No se recetan medicamentos durante su admisión. Las citas para medicamentos pueden tener lugar hasta dentro de 30 días y solo se programan para aquellos clientes que reciben regularmente tratamiento con un terapeuta individual en CRC.**

- Terapia individual
- Terapia grupal
- Tratamiento por consumo de drogas y alcohol
- Medicamentos
- Recursos para vivienda, refugio, alimentos
- Hospitalización reciente por problemas de salud mental
- Evaluación de libertad condicional
- Terapia familiar
- Otro: _____

¿Actualmente tiene un terapeuta o consejero? Sí No

De ser así, escriba su nombre y el motivo de su tratamiento: _____

Si está sufriendo una crisis de salud mental o conductual, llame a la Línea de Crisis y Apoyo de Colorado al 1-844-493-8255, el número es 1-844-493-8255. También puede dirigirse a uno de los centros de crisis del área metropolitana de Denver; los más cercanos están en 2206 Victor Street en Aurora y 4643 Wadsworth Blvd en Wheat Ridge. Si se trata de una emergencia potencialmente mortal, corte la llamada y marque el 911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.



N.º de identificación del consumidor _____
N.º de historia clínica _____

Antecedentes médicos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Médico de atención primaria (PCP): _____ Consultorio/clínica del PCP: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de fax: (____) _____

Fecha del último examen físico: _____

Afecciones físicas (ejemplo: diabetes, hipertensión arterial, cirugías, etc.)	
<input type="checkbox"/> Ninguna afección física conocida	

Medicamentos actuales			
<input type="checkbox"/> Ningún medicamento en la actualidad			
Nombre del medicamento	Concentración (ejemplo: 50 mg)	Frecuencia (ejemplo: a la hora de acostarse, 2 veces al día, etc.)	Médico que receta

Alergias a los medicamentos			
<input type="checkbox"/> Ninguna alergia a medicamentos conocida			
Medicamento	Reacción (ejemplo: urticaria, sarpullido, etc.)	Medicamento	Reacción (ejemplo: urticaria, anafilaxia, etc.)

Odontología. Enumere cualquier problema odontológico: _____

Ningún problema odontológico conocido