



FAX: 303-487-7240

Para: Admisión: Correo electrónico:

Intake@CommunityReachCenter.org

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

Número total de páginas incluida la portada:

Las siguientes hojas contienen información **CONFIDENCIAL** para el destinatario y está destinada solo a la atención de esa persona. El destinatario autorizado de dicha información tiene prohibido divulgarla a cualquier persona.

Si usted no es el destinatario previsto, por el presente se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o acción adoptada en relación con estos documentos está estrictamente prohibida. Si recibió esta telecopia por error, notifíquelo inmediatamente al remitente para coordinar la devolución de estos documentos.

De: Departamento:

Número de teléfono directo

Asunto:

Instrucciones especiales (idioma, intérprete, etc.):

A quién contactar y su número de contacto:

Documentos de admisión completados adjuntos. (Todos los documentos de admisión deben completarse y firmarse antes de que se pueda ofrecer una cita de admisión programada).

Notas: _____

Iniciales del operador _____

FORMULARIO DE ADMISIÓN de Community Reach Center



NIVEL N.º _____ Fecha de admisión: _____ / _____ / _____

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

(____) _____ -- _____ Teléfono del hogar
 (____) _____ -- _____ Teléfono celular
 _____ Correo electrónico

Dirección _____ N.º de apt o lote _____ Condado _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

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

Empleador/Escuela _____ Dirección _____ (____) _____ -- ____ Teléfono del trabajo
 Ocupación (o grado escolar) _____

Es usted español, hispano o latino:

- Hispano – Mexicano
- Hispano – Cubano
- Hispano – Puertorriqueño
- Hispano: Otro
- Ni hispano ni latino
- Declina

Está embarazada:

- Sí
- No

El problema existe desde hace un año o más:

- Sí
- No

¿Es usted un veterano o militar activo?

- Sí
- No

Estado civil:

- Nunca me casé
- Casado
- Separado
- Viudo
- Divorciado

Origen étnico:

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- Blanco
- Declina

Años de educación:

(Diploma de la escuela preparatoria = 12 años)

Género:

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Prefiero no responder

Orientación sexual:

- Heterosexual
- Gay/Lesbiana
- Bisexual
- Declina responder _____
- Completar: _____

¿Alguna vez ha sido diagnosticado con lo siguiente?

- Discapacidad del desarrollo
- Ceguera/pérdida grave de la visión
- Lesión cerebral traumática (TBI)
- Sordera/pérdida grave de la audición
- Problemas de aprendizaje
- Ninguno

Idioma preferido:

- Inglés
- Español
- Otro: _____

Situación laboral:

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

Servicios de salud mental anteriores:

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

Arreglo de vida (marque todo lo que corresponda):

- Solo
- Tutor
- Padre/Madre adoptivo
- Madre
- Padre
- Pareja o compañero sentimental
- Cónyuge
- Hermanos
- Hijo/hijos
- Parientes
- Personas sin parentesco

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

Número de teléfono: _____

Relación: _____

(____) _____ -- _____

**COMMUNITY REACH CENTER
FORMULARIO FINANCIERO PARA EL CONSUMIDOR**

CONTRATO DE TARIFAS

CESIÓN DE BENEFICIOS

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

| | | | |
|--|--|------------------------------------|---------|
| Fecha: | | Número de cuenta del consumidor: | |
| Apellido del consumidor: | | Primer nombre: | Inicial |
| Número de Seguro Social del asegurado: | | Fecha de nacimiento del consumidor | |

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE

| | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Usted | <input type="radio"/> Cónyuge | <input type="radio"/> Dependiente | <input type="radio"/> Padre/Madre/Tutor | <input type="radio"/> Otro: |
| Apellido | | Primer nombre | | Inicial |
| Dirección | | | Número de apartamento/espacio | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Cabeza de familia (marque uno) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO | |
| Teléfono de casa: | | Teléfono del trabajo y ext: | | Empleador: |

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL

Copia de la tarjeta del seguro (frente y reverso) adjunta

Relación de la aseguradora con el consumidor: (Marque uno)

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---|---|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Usted | <input type="radio"/> Cónyuge | <input type="radio"/> Dependiente | <input type="radio"/> Padre/Madre/Tutor | <input type="radio"/> Otro: |
| Número de Medicare: | Número de Medicaid: | Condado | Número de hogar CORE: | Otro: |
| Seguro Social del asegurado Número | | Apellido del asegurado | Primer nombre | Inicial |
| Nombre de la compañía aseguradora | | Teléfono de la compañía aseguradora: | | |
| Dirección postal/física | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de póliza: | Número de grupo | Número de autorización (si se requiere) | | |

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO SECUNDARIO

Copia de la tarjeta del seguro (frente y reverso) adjunta

Relación de la aseguradora con el consumidor: (Marque uno)

| | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|-----------------------------|
| <input type="radio"/> Usted | <input type="radio"/> Cónyuge | <input type="radio"/> Dependiente | <input type="radio"/> Padre/Madre/Tutor | <input type="radio"/> Otro: |
| Número de Medicare: | Número de Medicaid: | Condado | Número de hogar CORE: | Otro: |
| Número de Seguro Social del asegurado: | | Apellido del asegurado | Primer nombre | Inicial |
| Nombre de la compañía aseguradora | | Teléfono de la compañía aseguradora: | | |
| Dirección postal/física | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de póliza | Número de grupo | Número de autorización (si se requiere) | | |

Revisé el formulario financiero del consumidor previo, las políticas de facturación de tarifas y el contrato financiero para el CRC. Completé la información solicitada de forma total y a mi leal saber y entender. Recibí una copia de este formulario, así como del contrato de la política de tarifas 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 del seguro según lo requiera la compañía aseguradora.

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

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

Firma del consumidor/padre, madre o tutor legal Fecha

Firma del asegurado Fecha

SOLO PARA FINES ADMINISTRATIVOS: PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL COMMUNITY REACH CENTER

| | | |
|----------------------------------|--|--------------------|
| Ingreso familiar bruto anual. \$ | N.º de dependientes: N.º de niños dependientes: | Tarifa por sesión: |
|----------------------------------|--|--------------------|



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 un seguro, Medicare o Medicaid, le solicitamos lo siguiente:

- Proporcionar una copia de su tarjeta de seguro ACTUAL (anverso y reverso) en cada consulta o, por lo menos, una vez al mes en lo sucesivo. No proporcionar una copia de su tarjeta actual podría tener como consecuencia que se le cobre la tarifa completa por los servicios. Los servicios están disponibles para usted mientras continúe residiendo en el condado de Adams y siga siendo elegible para los servicios de Medicaid. Si reside fuera del condado de Adams, el CRC es responsable de proporcionar servicios de emergencia solo hasta que recibamos la autorización previa de su proveedor principal. Su médico de atención primaria (PCP) será notificado de que usted recibe servicios de salud mental.
- Proporcione al CRC cualquier formulario de reclamación de seguro de su empleador, agente o compañía aseguradora con la información requerida completada, o bien, una copia de su tarjeta de seguro (anverso y reverso). 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 por 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, podría tener como consecuencia que las tarifas se le facturen a usted en lugar de a Medicaid, Medicare, su compañía aseguradora, una subvención especial u otro tercero pagador.
- En caso de que se soliciten o exijan servicios adicionales que no estén 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 del 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 hará un cargo 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 será responsable de todos los costos de cobranza, que puede incluir los honorarios de un abogado y otros costos en los que se incurra.



Formulario de atestación de ingresos

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

Comprendo que debo proporcionar una constancia de ingresos para establecer mi tarifa por los servicios recibidos en Community Reach Center. Esto es de acuerdo con el cronograma de pago del Departamento de Servicios Humanos de Colorado, división de capacidad de salud mental. Proporcionaré a Community Reach Center dicha comprobación por cada miembro de mi familia que contribuya al ingreso familiar. Los ingresos incluyen los salarios ganados, jubilación, manutención de los hijos, manutención y pensión alimenticia, ingresos por inversiones, dinero recibido de la asistencia pública y dinero recibido como obsequio para ayudar con el sostenimiento de la familia.

Actualmente, recibo ingresos del Seguro Social por un importe de \$ _____ al mes

Actualmente, recibo un Ingreso por discapacidad de parte del Seguro Social por \$ _____ al mes

Certifico que el ingreso total de mi hogar es \$ _____ al año al mes

Estos ingresos mantienen a los _____ 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 me soliciten firmar este formulario en el momento que:

- los clientes deban proporcionar documentación anualmente, (por lo menos una vez cada año fiscal estatal);
- el ingreso familiar cambie significativamente;
- el número de dependientes en la familia cambie; o
- la información proporcionada no sea exacta.

Firma del cliente

Fecha

Testigo (personal del CRC)

Fecha

Formas aceptables de comprobación de ingresos

| Tipo de ingreso | Documentación de apoyo requerida |
|---------------------------------|---|
| Salario/propinas/sueldo | Recibos de pago |
| Indemnización por desempleo | Carta o declaración de subvención |
| Ingresos por cuenta propia | Declaración de impuestos del año anterior |
| Compensación a los trabajadores | Carta de subvención o determinación de beneficios |
| SSDI o SSI | Carta de beneficios, declaración de beneficios recibidos, aviso de subvención |
| Pensión alimenticia | Decreto judicial |
| Ingresos por alquiler | Copia del contrato de alquiler |
| Fondo de fideicomiso | Carta del fiduciario |

Si va a usar un recibo de pago, complete lo siguiente:

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

Nombre por el que lo conocen: _____ La fecha de hoy: _____

Pronombres que usa: ella/la elle/le él/lo Otro (especifique): _____

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

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

Padre/Madre/Tutor 1: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Padre/Madre/Tutor 2: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Qué tipo de **derechos en la toma de decisiones** tiene el padre/madre/tutor? Totales Compartidos No está seguro

Otros (temporal, poder notarial, apoderado para el cuidado de la salud):

¿Existe un plan de custodia/documentación del tribunal? Sí No

¿Tiene **hoy con usted** documentación sobre la custodia o los tribunales? Sí No

Para padres divorciados/separados con la toma de decisiones compartidas, 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** Sí No

De ser así, escriba qué sustancias y la hora en que se consumió por última vez; marque si está experimentando:

Pensamientos sobre terminar con su vida Hoy Durante el mes pasado En el último año
 Pensamientos sobre terminar con la vida de otras personas: Hoy Durante el mes pasado En el último año

Verifique los motivos por los que busca servicios: **Tenga en cuenta que: No se recetarán medicamentos durante su ingreso. Las citas para medicamentos pueden tardar hasta 30 días y solo se programan para aquellos clientes que se reúnan regularmente con un terapeuta individual en el CRC.**

- Terapia individual
- Terapia de grupo
- Tratamiento por consumo de drogas y alcohol
- Medicamentos
- Recursos para vivienda, refugio, alimentación
- Salud mental reciente
- Hospitalización
- Libertad condicional
- Evaluación
- Terapia familiar
- Otro: _____

¿Actualmente cuenta con un terapeuta o consejero? Sí No

En caso afirmativo, escriba el nombre y el tratamiento que recibe: _____

Si experimenta una crisis de salud conductual o mental, llame a la línea de ayuda y crisis de Colorado al 1-844-493-8255; repito, 1-844-493-8255. También puede ir a uno de los centros de crisis del metro de Denver, los más cercanos se encuentran en 2206 Victor Street en Aurora y en 4643 Wadsworth Blvd en Wheat Ridge. Si se presenta una emergencia que ponga en riesgo su vida, cuelgue y llame al 911 o diríjase al servicio de emergencias más cercano.

N.º de identificación del consumidor _____

Expediente médico _____

Antecedentes médicos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección: _____ Ciudad, estado, C.P.: _____

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

Fecha del último examen físico: _____

Afecciones físicas (ejemplo: diabetes, presión arterial alta, cirugías, etc.)

No existen afecciones físicas conocidas.

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Medicamentos actuales

No hay actuales

| Nombre del medicamento | Potencia (ejemplo: 50 mg) | Frecuencia (ejemplo: a la hora de acostarse, 2x día, etc.) | Médico que receta |
|------------------------|------------------------------|--|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Alergias a los medicamentos

Sin conocimiento de

| Medicamentos | Reacción (ejemplo: urticaria, sarpullido, etc.) | Medicamentos | Reacción (ejemplo: urticaria, anafilaxia, etc.) |
|--------------|--|--------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Dental; enumere cualquier problema de este tipo: _____

No existe un problema dental conocido