



**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



Credible 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

**Género:**

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Prefiero no responder

**Orientación sexual:**

- Heterosexual
- Gay/Lesbiana
- Bisexual
- Declina responder
- Completar: \_\_\_\_\_

**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

**Origen étnico:**

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

**¿Es usted un veterano o militar activo?**

- Sí
- No

**Estado civil:**

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

**¿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

**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

**Años de educación:**

(Diploma de la escuela preparatoria = 12 años)

**Idioma preferido:**

- Inglés
- Español
- Otro: \_\_\_\_\_

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.
- 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 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 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.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia individual         | <input type="checkbox"/> Recursos para vivienda, | <input type="checkbox"/> Libertad condicional |
| <input type="checkbox"/> Terapia de grupo           | refugio, alimentación                            | <input type="checkbox"/> Evaluación           |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento por consumo de | <input type="checkbox"/> Salud mental reciente   | <input type="checkbox"/> Terapia familiar     |
| drogas y alcohol                                    | <input type="checkbox"/> Hospitalización         | <input type="checkbox"/> Otro: _____          |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos               |  |   |

¿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