



## MHP Formulario de Inscripción

303-443-8500, opción 2

720-406-3606 (Fax)

Admissions@mhpcolorado.org

Fecha:

### Información de la Referencia

Agencia/ Proveedor de la Referencia:	¿Le gustaría que Socios De Salud Mental coordinara sus servicios de salud mental? Si es así, por favor asegúrese de llenar una autorización de socios de salud Mental para poder compartir Información.	SÍ
Información de Contacto:		NO
Nombre de Contacto:		

### Información del Cliente

Nombre, Apellido:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social #:
Idioma Primario:	Necesita un intérprete? SÍ NO
Género Legal:	Identidad de Género:

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono #:	Podemos dejar un mensaje en este numero?	SÍ	NO
Teléfono #:	Podemos dejar un mensaje en este numero?	SÍ	NO
Contacto Alternativo (dirección de e-mail, etc.):			
Contacto de Emergencia: (*Requerido para menores de 18)	Nombre: Relación:	Teléfono #: Podemos dejar un mensaje en este numero?	SÍ NO
Cuidador Principal: (*Requerido para menores de 18)	Nombre: Relación:	Teléfono #: Podemos dejar un mensaje en este numero?	SÍ NO
Persona a Cargo de Decisiones Médicas: (*Requerido para menores de 18)	Nombre: Relación:	Teléfono #: Podemos dejar un mensaje en este numero?	SÍ NO

Persona Responsable del Pago (si distinta de Ud):	Nombre:	Relación:
	Teléfono #:	Podemos dejar un mensaje en este numero? SÍ NO
	Dirección:	Ciudad: Estado: Código Postal:

### Información del Seguro Médico

Seguro #1	A Nombre de la Persona Primaria:	Fecha de Nacimiento:	Relación:
	A Nombre de Aseguranza:		
	Teléfono de la Aseguranza:		
	Numero de Póliza/ID:		
	Nombre de Grupo:		
Seguro #2	A Nombre de la Persona Primaria:	Fecha de Nacimiento:	Relación:
	A Nombre de Aseguranza:		
	Teléfono de la Aseguranza:		
	Numero de Póliza/ID:		
	Nombre de Grupo:		

### Información Sobre Su Ingreso

\*Para que MHP pueda determinar si es elegible para una tarifa reducida necesitamos coleccionar cierta información financiera.

Tamaño de familia bajo el mismo hogar ( Por favor incluya a sí mismo, Esposo/a y hijos dependientes):

Ingreso bajo el mismo hogar (por favor indique si es anual, mensual, etc.):

**\*Voltee la pagina**



**MENTAL HEALTH PARTNERS**

1333 Iris Avenue, Boulder, CO 80304-2296 Phone 303-443-8500 FAX 720-564-9647 (Registros Médicos)

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_  
(Incluya apodos, apellido de soltera, etc.)

Fecha de Nacimiento de Cliente: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo el intercambio de información entre la siguiente persona y Mental Health Partners (MHP):**

Nombre o Nombre de organización: \_\_\_\_\_

Relación con el/la cliente: \_\_\_\_\_

Dirección/Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

# de FAX: \_\_\_\_\_

Marque aquí si es su medico principal

**La siguiente información:**

- |   |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| _____ Diagnóstico   | _____ Examen Físico  | _____ VIH/ SIDA               |
| _____ Medicamentos  | _____ Info. proporcionada por cliente para recibir beneficios    |                               |
| _____ Notas de progreso clinico o resumen (circule uno)       | _____ Fechas de asistencia para servicio                         |                               |
| _____ Planes para tratamiento                                 | _____ Reportes de Laboratorio                                    | _____ Información Demográfica |
| _____ Evaluación Psicológica                                  | _____ Info. sobre Prog. de Asistencia para el Paciente (PAP)     |                               |
| _____ Info. sobre Tratamiento de Droga y/o Alcohol*           | _____ Vivienda/Empleo/Beneficios/Notas sobre Educación(Circule)  |                               |
| _____ Evaluación Psiquiátrica                                 | _____ Información de Admisiones y Referencias                    |                               |
| _____ Reporte de Emergencia de Servicios Psiquiátricos        | _____ Info. necesaria para completar solicitud para organización |                               |
| _____ Notas de desarrollo psiquiátrico o resumen (cicule uno) | _____ Resumen de liquidación/ Cuando se dio de Baja              |                               |
| _____ Otro (Por favor explique): _____                        |  |                               |

**El propósito de la revelación de información es:** (Es requerido que seleccione una de las opciones mencionadas abajo o puede proveer una razón específica)

- \_\_\_\_\_ Solicitud de carta de cliente    \_\_\_\_\_ Coordinación de cuidado    \_\_\_\_\_ Comunicación sobre resultados de terapia y/o asistencia  
\_\_\_\_\_ Conseguir/ mantener vivienda    \_\_\_\_\_ Conseguir/ mantener beneficios    \_\_\_\_\_ Conseguir/ mantener empleo apoyo de empleo

Comprendo que la información que se entrega conforme a esta autorización podría incluir información relacionada a una enfermedad sexualmente transmitida, VIH, SIDA, tratamiento por abuso de alcohol y drogas (protegida por Ley Federal, 42 CFR, Parte 2), como también condiciones psicológicas o psiquiatricas a menos que existan las siguientes restricciones:

Una vez que la información se entrega, conforme a esta autorización firmada, yo comprendo que la ley general federal de privacidad (45 C.F.R., Partes 160 y 164) que protege la información sobre salud, no podría aplicar al destinatario de esta información y, por lo tanto, no podrá prohibir a la persona de tener que revelarlo nuevamente.

Yo comprendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento, excepto cuando la acción ya ha sido tomada para cumplir con la solicitud. Para poder anular esta autorización con respecto a información separada de registros de tratamiento de droga y alcohol, comprendo que debo presentar un aviso por escrito al Funcionario de Privacidad Mental Health Partners o la persona designada por él/ella. Si no es anulada antes, esta autorización se vence después de **dos años** de la fecha más reciente en el documento. Por la presente, absuelvo a la institución arriba nombrada de cualquier responsabilidad que podría resultar por comunicar esta información. Una copia de este documento podría ser utilizado con la misma efectividad que el original. Yo comprendo que puedo rechazar firmar esta autorización, y este hecho no afectará mi habilidad de recibir tratamiento en Mental Health Partners.

Mental Health Partners no recomienda usar correo electrónico como medio de comunicación con los empleados del Centro. La razón es que existe el riesgo de que cualquier información bajo protección podría incluirse en tal correo electrónico y que podría ser revelado o interceptado por terceras personas no autorizadas. Al firmar esta hoja reconoce que el correo electrónico no es un medio seguro y que libera a Mental Health Partners de cualquier responsabilidad relacionada con la revelación no autorizada de contenido PHI incluida dentro de el correo electrónico.

**CARGOS POR COPIAS PUEDE APLICAR: \$16.50 por 10 páginas o más, \$75 por páginas 11-40, \$.50 por cada página adicional; \$10 por formato electrónico**

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente, Padre/Tutor (para clientes menores de 15 años),  
o Representante Autorizado, incluyendo su autoridad de actuar por el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha para Extender la Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha para Extender la Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha para Extender la Solicitud

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha para Cancelar la Solicitud

**AVISO A LAS PERSONAS QUE RECIBEN LA INFORMACION RELACIONADA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE DROGA Y ALCOHOL:** Esta información que le hemos comunicado pertenece a registros protegidos por la Ley Federal (42 CFR, Parte 2). Los reglamentos Federales le prohíbe que lo comunique a menos que el comunicarlo nuevamente sea expresamente permitido por autorización escrita de la persona a quien le pertenece o que de otra manera sea permitido por 42 CFR, Part 2. Para este propósito, una autorización general para la comunicación de registros médicos u otra información NO es suficiente. Los reglamentos Federales limitan cualquier uso de la información por razones de investigación criminal o juicio a un paciente en tratamiento de alcohol o droga. Reviso 1-16 VR