



INFORMACIÓN DE REGISTRACIÓN

Numero de Cliente

Nombre del Cliente: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Numero de Seguro Social: _____ Sexo: Femenino Masculino

¿Quien lo recomendó a Mind Springs Health? Ejemplos: Usted mismo, Amigo, Ministro, Escuela, Libertad Condicional, Empleador, etc.

Si está solicitando tratamiento por uso de sustancias y cumple uno de los siguientes, favor de informar al personal de recepción:

- Usuario de drogas intravenosas
- Está embarazada o tiene hijos dependientes
- Hospitalización involuntaria ordenada por la corte

XX

Veterano Sí No Soy Ciudadano de los EE.UU.

Soy Inmigrante Documentado Sí No

Esta información se usa para determinar recursos de fondos públicos y NO se usara para negar servicios.

Domicilio Físico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Dirección postal es igual al domicilio físico? Sí No

Si No: Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Primario: _____ CASA CELULAR TRABAJO OTRO

Otro teléfono: _____ CASA CELULAR TRABAJO OTRO

Correo electrónico: _____

Prefiero que me contacten por Teléfono de casa Celular Texto Correo electrónico No me contacten

Idioma Primario: _____ Otro Idioma: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afro-Americano Nativo de Hawái/Isleño Pacifico

Blanco/Caucásico Se negó

Etnicidad: Hispano NO Si: Mexicano Puertorriqueño Cubano Otro Hispano Se negó

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Nivel de educación en años: _____ (Preparatoria = 12; Universidad = 16 etc.)

Estado de empleo: Tiempo completo (35+ horas/semana) Medio Tiempo (menos de 35 horas/semana)

Ama de casa, no empleada Empleo Apoyado No en la fuerza laboral Militar Desempleado Estudiante

Jubilado Discapacitado Prisionero Voluntario

Orientación sexual: Bisexual Lesbiana, Gay o Homosexual Elijo no declarar Otro

Apellido de soltera: _____ N/A Nombre preferido/Alias _____

Lugar de domicilio: Viviendo independientemente Albergue para personas que necesitan asistencia ATU Unidad especializada para tratamiento para Adultos Casa de Huéspedes Centro Correccional Hogar de Cuidado Temporal Para Jóvenes Residencia de Adultos Hogar de Transición Persona sin Hogar/Sin Domicilio Permanente Hospitalizado Albergue Para Adultos Tratamiento Residencial para Adultos (Otra) Unidad Residencial Unidad Residencial Para Adultos de Salud Mental Vivir Sobrio Asistencia en el Hogar

Situación de vivienda: Solo Niños Padre Padres Temporales Guardián Madre Padres Pareja Familiares/Parientes Hermanos(as) Esposo(a) Persona sin Parentesco

Discapacidades: Ninguna Ciego/Perdida de la visión Sordera/Pérdida auditiva Discapacidad del desarrollo Discapacidad del aprendizaje Lesión cerebral traumática

Nivel de Fumar/Tabaco: Fumador/Usuario actual de Tabaco- Todos los días Fumador/Usuario actual de Tabaco- periódicamente Fumador/Usuario actual de Tabaco- Anteriormente Nunca fumo/Nunca uso tabaco Se negó

Información Financiera

INGRESOS:

¿Número de niños (menores de 18 años)? _____ Número de personas que los ingresos mantienen: _____

Ingresos anuales del hogar: \$ _____

Yo recibo beneficios de SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) Sí NO

Yo recibo beneficios de SSDI (Seguro Social de Incapacidad) Sí NO

Sus ingresos lo pueden calificar para un descuento. Favor de revisar y completar el paquete financiero que está siendo provisto en este momento, también puede obtener la información en la página de internet www.mindspringshealth.org. Los servicios no tendrán descuento hasta que la aplicación y comprobantes de ingresos sean recibidos en la oficina.

Directivas Avanzadas

¿Le gustaría información sobre las Directivas Avanzadas? Sí No

¿Si tiene una Directiva Avanzada, podemos obtener una copia? Sí (Favor de traer una copia a la oficina) No

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación al cliente: _____

Vive con el cliente Sí NO

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Teléfono: _____

Información de Padres/Guardián:

Nombre: _____ Relación al cliente: _____

Vive con el cliente Si NO

Fecha de nacimiento del Padres/Guardián _____ # de Seguro Social _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal: _____

Teléfono: _____

Información de Seguro Medico

Motivo por solicitar servicios: _____ Para personas con seguro médico solamente, ingrese el número de la *Lista de Motivos por Solicitar Servicios*

Tengo Medicaid Tengo seguro médico por mí mismo(a) Tengo seguro médico por parte de mi esposo(a)/padres

¿Si el cliente es menor de edad, existe una declaración de divorcio indicando cual seguro médico es primario?

Sí NO

Tengo beneficios de EAP por mi empleador Empleador: _____

Beneficios de EAP pueden requerir una autorización lo cual es su responsabilidad de obtener. Favor de contactar a su Departamento de Recursos Humanos para más información.

Compañía de Seguro Médico Primaria: _____ # de Póliza _____

Nombre de persona Asegurada: _____ Relación al Cliente _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador _____

Compañía de Seguro Médico Secundaria: _____ # de Póliza _____

Nombre de persona Asegurada: _____ Relación al Cliente _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador _____

ESCRIBA SUS INICIALES CONFORME CORRESPONDA

____ Por este conducto solicito servicios para mí y/o mis dependientes en Mind Springs Health. Certifico que 1) la cantidad de personas en el hogar que declare anteriormente es correcta; 2) es correcta mi declaración de los ingresos en el hogar; 3) Entiendo que el pago se debe efectuar en el momento de los servicios.

____ ***Doy fe que yo y/o mis dependientes no tenemos seguro médico o que tenemos seguro médico insuficiente que no cubre los beneficios de salud mental o abuso de sustancias. Deseo aplicar por el programa de escala de pago.***

____ Si corresponde, solicito que mi compañía de seguro médico u otra cobertura de terceros paguen toda reclamación directamente a Mind Springs Health. Autorizo el pago de beneficios de seguros médicos directamente a Mind Springs Health por servicios prestados. Autorizo a Mind Springs Health para que divulgue toda información respecto a mí y/o a mis dependientes que se requiera para procesar la reclamación de seguro médico. Autorizo a mi compañía de seguro médico para que divulgue a Mind Springs Health cualquier información respecto a mis reclamaciones de seguro médico con Mind Springs Health. Entiendo que soy responsable económicamente a Mind Springs Health de cualquier dinero pagado directamente a mí por mi compañía de seguro médico para dichos servicios.

____ Estoy de acuerdo que al proveer mi información de contacto puedo ser contactado por tecnología automática, mensajes pregrabados, o por textos, por el propósito de recordarme de mis citas, pagos, o para darme información de mi tratamiento. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento de recibir contacto por tecnología automática, mensajes pregrabados, o por texto, al notificar a un miembro del personal de Mind Springs Health y al indicar este cambio en una nueva forma de Registración de Información.

Nombre de Cliente o de la Persona Autorizada en letra de molde

Fecha

Firma del Cliente o de la Persona Autorizada

Consentimiento para Divulgar Información Sobre El Abuso De Sustancias

Nombre del Paciente (en letra de molde)

Yo autorizo a Mind Springs Health, el derecho de divulgar mi información, o la información del cliente nombrado en esta forma, en cuanto al tratamiento de alcohol, y/o abuso de sustancias a: mi seguro médico _____ (nombre de compañía de seguro médico), Colorado Health Partnership, LLC; Departamento de Servicios Humanos de Colorado, Oficina de Salud del Comportamiento y Departamento de Póliza y Financiamiento de Salud de Colorado.

Yo también autorizo a los colaboradores de Colorado Health Partnership, LLC y Departamento de Servicios Humanos de Colorado, Oficina de Salud del Comportamiento, para divulgar información concerniente a mi persona, o el cliente nombrado en esta forma, sobre el tratamiento de alcohol y/o el abuso de drogas, al Departamento de Póliza del Cuidado y Financiamiento de Salud de Colorado.

Yo autorizo dichas divulgaciones para el propósito de pago o colección de pago, coordinación de cuidado, manejo de mis servicios de tratamiento, para demostrar la alta calidad de servicios y también para resolver quejas y apelaciones.

Yo entiendo que si no firmo el consentimiento de información, mi seguro médico puede negarse a pagar por los gastos ocurridos para mi tratamiento o por el tratamiento del paciente nombrado en esta forma y también entiendo que Mind Springs puede negar ofrecer tratamiento.

Este consentimiento es sujeto a revocación en cualquier momento., excepto en el evento que la divulgación ya haya ocurrido por virtud de esta autorización.

Si previamente no se le revoco, este consentimiento se terminara en la fecha que yo o el paciente mencionado en esta forma, ya no sea miembro del seguro médico nombrado en esta forma, o dos años de la fecha en que se haya firmado este consentimiento, o la fecha que se presente primero.

Firma del Paciente, Padre o Guardián

Fecha

Client DOB Fecha de Nacimiento del Cliente _____

Client ID (Número de Identificación del Cliente) _____

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

		Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2	Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3	Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5	Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	0	1	2	3
7	Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8	Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9	Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

add columns:

+	+
---	---

TOTAL:

--	--

10	Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto _____ Algo difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____
----	---	---

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information, contact Dr Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at <http://www.pfizer.com>. Copyright ©1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.

FACTURACIÓN SORPRESA - CONOZCA SUS DERECHOS

A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2020, LA LEY ESTATAL DE COLORADO LE PROTEGE* DE LA "FACTURACIÓN SORPRESA", TAMBIÉN CONOCIDA COMO "FACTURACIÓN DE SALDO". ESTAS PROTECCIONES APLICAN CUANDO:

- RECIBE SERVICIOS DE EMERGENCIA CUBIERTOS, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA, DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED EN COLORADO, Y/O
- RECIBE INVOLUNTARIAMENTE LOS SERVICIOS CUBIERTOS DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED EN UNA INSTALACIÓN DENTRO DE LA RED EN COLORADO.*

¿QUÉ ES LA FACTURACIÓN SORPRESA/EQUILIBRIO Y CUANDO SUCEDE?

SI ES VISTO POR UN PROVEEDOR O UTILIZA SERVICIOS EN UNA INSTALACIÓN O AGENCIA QUE **NO** ESTÁ EN LA RED DE PROVEEDORES DE SU SEGURO MEDICO, A VECES SE REFIERE COMO "FUERA DE LA RED", PUEDE RECIBIR UNA FACTURA POR COSTOS ADICIONALES ASOCIADOS CON ESTE CUIDADO. LAS INSTALACIONES O AGENCIAS FUERA DE LA RED A MENUDO LE FACTURAN LA DIFERENCIA ENTRE LO QUE SU SEGURO DECIDE ES EL CARGO ELEGIBLE, Y LO QUE EL PROVEEDOR CUENTA COMO EL CARGO TOTAL. ESTO SE LLAMA "SORPRESA" O FACTURACION "EQUILIBRIO".

CUANDO NO SE PUEDE COBRAR EL EQUILIBRIO:

SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA EN UNA INSTALACIÓN DENTRO DE LA RED POR UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED

LA INSTALACIÓN O LA AGENCIA DEBE INFORMARLE SI SE ENCUENTRA EN UNA UBICACIÓN FUERA DE LA RED O EN UNA UBICACIÓN EN LA RED QUE SE UTILIZA FUERA DE LOS PROVEEDORES DE LA RED. TAMBIÉN DEBEN DECIRLE QUÉ TIPOS DE SERVICIOS QUE UTILIZARÁ PUEDEN SER PROPORCIONADOS POR UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED.

TIENE DERECHO A SOLICITAR QUE LOS PROVEEDORES DE LA RED REALIZEN TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS CUBIERTOS. SIN EMBARGO, PUEDE QUE DEBA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS DE UN PROVEEDOR FUERA DE LA RED SI UN PROVEEDOR DENTRO DE LA RED NO ESTÁ DISPONIBLE. EN ESTE CASO, LO MÁS QUE SE LE PUEDE FACTURAR POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS ES LA CANTIDAD COMPARTIDA DE COSTOS EN LA RED, QUE SON COPAGOS, DEDUCIBLES Y/O SEGURO. ESTOS PROVEEDORES NO PUEDEN BALANCEAR LOS COSTOS ADICIONALES.

PROTECCIONES ADICIONALES

- SU ASEGURADOR LE PAGARÁ A LOS PROVEEDORES Y A LAS INSTALACIONES FUERA DE LA RED DIRECTAMENTE.
- SU ASEGURADOR DEBE CONTAR CUALQUIER CANTIDAD QUE PAGA POR SERVICIOS DE EMERGENCIA O CIERTOS SERVICIOS FUERA DE LA RED (DESCRITO ANTERIORMENTE) HACIA EL LÍMITE DE SU DEDUCIBLE.
- SU PROVEEDOR, INSTALACION, HOSPITAL O AGENCIA DEBEN REEMBOLSAR CUALQUIER MONTO QUE PAGUE POR ADELANTADO EN EL PLAZO DE LOS 60 DÍAS EN QUE FUE NOTIFICADO/A.
- NADIE, INCLUYENDO UN PROVEEDOR, HOSPITAL O ASEGURADOR, PUEDE PEDIRLE QUE LIMITE O RENUNCIE A ESTOS DERECHOS.

SI RECIBE SERVICIOS DE UN PROVEEDOR, INSTALACIÓN O AGENCIA FUERA DE LA RED EN CUALQUIER OTRA SITUACIÓN, TODAVÍA PUEDE SER FACTURADO CON EL SALDO, O PUEDE SER RESPONSABLE DE LA CUENTA COMPLETA. SI RECIBE INTENCIONALMENTE SERVICIOS QUE NO SON DE EMERGENCIA DE UN PROVEEDOR O INSTALACIÓN FUERA DE LA RED, TAMBIÉN SE PODRÁ FACTURAR EL SALDO.

SI USTED PIENSA QUE HA RECIBIDO UNA FACTURA POR CANTIDADES DISTINTAS DE SUS COPAGOS, DEDUCIBLES Y/O CO-ASEGURANZA, CONTACTE CON EL DEPARTAMENTO DE FACTURACIÓN O LA DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO AL 303-894-7490 O 1-800-930-3745.

* ESTA LEY NO SE APLICA A TODOS LOS PLANES DE SALUD DE COLORADO. SOLO SE APLICA SI:

- TIENE UN "CO-DOI" EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE SEGURO MÉDICO, Y
 - RECIBE ATENCIÓN Y SERVICIOS PROPORCIONADOS EN UNA INSTALACIÓN REGULADA EN EL ESTADO DE COLORADO.
- POR FAVOR CONTACTE CON SU PLAN DE SEGURO DE SALUD AL NÚMERO EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE SEGURO DE SALUD O LA DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO CON PREGUNTAS.

Nombre del Cliente en Letra Molde

Fecha

Firma del Cliente o Representante
