

Fecha de hoy: _____

Catholic Family Center
Hoja de Información de Registro

Apellido: _____ **ISN** _____ **Primer Nombre:** _____

¿Ha estado aquí antes bajo otro nombre? Si es así, favor de especificar: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **SS:** _____ **Correo Electrónico:** _____

Dirección: _____ **Código Postal:** _____ **Teléfono:** _____

Método de Contacto Preferido: teléfono exto correo electrónico correo regular

Religión: _____

Raza: Africana Americana o Negra Indígena Americano Nativo de Alaska Asiático
Hawaiano o de otras islas del Pacífico Hispano o Latino Blanco

Marital Status: Casado Separado Divorciado Soltero (nunca casado) Enviudado

Contacto de Emergencia: _____ **Número del Contacto de Emergencia:** _____

Proveedor de Seguro: Aetna BlueCross/BlueShield Family Health Plus/Child Health Plus Fidelis

Medicare Medicaid MVP United Health Care **Número del Seguro:** _____

¿Qué le está sucediendo en su vida que lo trajo a aquí hoy? _____

¿Fue referido por alguien? Sí No Nombre de la persona/organización: _____

¿Tiene un requisito legal que le exige tratamiento? Sí No

Si contestó sí, que tipo? Probatoria Parola Antes del juicio Bajo la influencia Otro: _____

¿Ha estado en tratamiento mental anteriormente? Sí No Si contestó sí, dónde? _____

Ha estado en tratamiento de Sustancias Químicas anteriormente? Sí No

Si contestó sí, en dónde? _____

¿Ha estado en tratamiento aquí en CFC anteriormente? Sí No Si contestó sí, cuando? _____

Tiene miembros de familia bajo tratamiento en CFC? Sí No

¿Necesita Terapia Asistida con Medicación para Dependencia de Sustancias Químicas? Sí No

Tiene otras necesidades o preocupaciones inmediatas? Sí No

Si contestó sí, favor de especificar: _____

¿Está actualmente recibiendo tratamiento de otro programa de Dependencia de Sustancias Químicas?

Sí No Si contestó Sí, nombre de la organización agencia: _____

¿Ha recibido medicamentos de adicción de otro proveedor médico en este mes pasado? Sí No

Si contestó sí, favor de explicar: _____

Favor de continuar en la parte trasera de este formulario

Favor de llenar el cuadrículo a continuación (favor de marcar todas las que le correspondan):

Sustancia Usada	Fecha del último uso	Cantidad	Frecuencia de Uso			
			Diario	Semanal	#veces/Semana	Otro
Alcohol <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mariguana <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cocaína <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Opioides (heroína) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Opioides (recetados para el dolor) <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otros (especificar):						

¿Está teniendo síntomas de abstinencia en este momento? Sí No

Si contestó si, cuando le empezaron los síntomas de abstinencia (nerviosismo, inquietud, dolores de cuerpo – frotándose áreas doloridas del cuerpo, piel enrojecida, sudor, pelos erizados en los brazos – escalofríos?)

¿Ha estado en la sala de emergencia u hospitalizado por cualquier razón (incluya razones médicas o de salud mental) en los últimos 12 meses? Sí No

Fecha de hospitalización? _____

¿Razón por estar hospitalizado? _____

Favor de chequear todas las que le apliquen:

Coraje/frustración	Uso excesivo de medicamentos recetados	Abuso físico
Ansiedad pánico	Miedo a la muerte	Mala concentración
Trastornos del apetito	Miedo a volverse loco	Pensamientos asiduos
Argumental	No se siente real	Tristeza/Pérdida
Desmayos	Siente que lo que lo rodea no es real	Trastornos del sueño
Culpando a otros	Culpabilidad	Abuso sexual
Incapaz de mantener un pensamiento	Desesperación	Abuso conyugal
Escalofríos/sofocos	Aislación	Hormigueo/entumecimiento
Desafiando normas	Poca energía	Temblores/sacudidas
Delirios/alucinaciones	Bajo auto estima	Pensamientos de hacerse daño a si mismo
Depresión	Obsesiones comportamientos compulsivos	Pensamientos de hacerle daño a otros
Se agita fácilmente	Nausea	Pensamientos desagradables que no se le van de la mente
Comportamientos excesivos (apuestas gastando dinero)	No puede pensar claramente confusión	Se siente inútil
Uso excesivo de drogas	Fobias	

Examinación de FAGERSTÖRM Modificado

Nombre: _____ **Fecha:** _____

¿Usted Fuma? (marque uno) Sí _____ No _____ ***Si marco (Sí) por favor continúe***

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su cigarrillo?

- Hasta 5 minutos (3)
- De 6 a 30 minutos (2)
- De 31 a 60 minutos (1)
- Más de 60 minutos (0)

2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?

- Sí (1)
- No (0)

3. ¿Cuál sería el cigarrillo que no podrías dejar?

- El primero de la mañana (1)
- Cualquier otro (0)

4. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

- Menos de 10 cigarrillos/día (0)
- Entre 11 y 20 cigarrillos/día (1)
- Entre 21 y 30 cigarrillos/día (2)
- 31 o más cigarrillos (3)

5. ¿Después de fumar el primer cigarrillo del día, se fuma el segundo rápidamente?

- Sí (1)
- No (0)

6. ¿Fuma aunque esté enfermo, estando en cama la mayor parte del día?

- Sí (1)
- No (0)

Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (cont.)

Your score was: _____

Your level of dependence on nicotine is:

0-2 Very low dependence
3-4 Low dependence
5 Medium dependence

6-7 High dependence
8-10 Very high dependence

Scores under 5: "Your level of nicotine dependence is still low. You should act now before your level of dependence increases."

Score of 5: "Your level of nicotine dependence is moderate. If you don't quit soon, your level of dependence on nicotine will increase until you may be seriously addicted. Act now to end your dependence on nicotine."

Score over 7: "Your level of dependence is high. You aren't in control of your smoking – it is in control of you! When you make the decision to quit, you may want to talk with your doctor about nicotine replacement therapy or other medications to help you break your addiction."

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un "☐" para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

GAD-7

Durante las últimas dos semanas ¿qué tan seguido le ha molestado?...

		Para nada (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto				
2	No poder parar o controlar la preocupación				
3	Preocuparse mucho sobre diferentes cosas				
4	Tener problemas para relajarse				
5	Sentirse tan agitado que no se puede sentarse quieto(a)				
6	Enojarse o molestarse muy fácilmente				
7	Sentirse con miedo, como si algo muy malo fuera a suceder				

**Si dijo si a alguno de estos problemas ¿qué tanto estos problemas le han hecho difícil su trabajo,
hacerse cargo de su casa o relacionarse con otras personas?**

Nada difícil Algo difícil Muy difícil Extremadamente difícil

Name _____
Date _____

SPANISH

Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (MSSI-SA)
Formulario administrado por uno mismo

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol y otras drogas, incluyendo medicación/medicinas recetadas y de venta libre. Se conservará la confidencialidad de sus respuestas. Marque la respuesta que mejor describa su situación. Responda a las preguntas de acuerdo con sus experiencias en los últimos 6 meses.

Las respuestas consignadas en este formulario nos ayudarán a identificar sus necesidades y brindarle servicios. Sus respuestas no le excluirán de recibir servicios, atención o tratamiento en este programa.

Durante los últimos 6 meses...

	Sí	No
1a. ¿Ha consumido alcohol u otras drogas? (Como vino, cerveza, licor de alta graduación, marihuana, cocaína, heroína u otros narcóticos, estimulantes ("uppers"), depresores ("downers"), alucinógenos o sustancias inhalantes)		
1b. Ha usado medicación/medicinas recetadas o de venta libre? (Tales como píldoras para dormir, analgésicos, sedantes o medicación contra la ansiedad como Valium, Xanax o Ativan)		
2. ¿Ha pensado que consume demasiado alcohol u otras drogas? (Otras drogas también incluye más medicación recetada o de venta libre que la recomendada.)		
3. ¿Ha intentado reducir el consumo o dejar de beber o usar otras drogas?		
4. ¿Ha pedido ayuda por su consumo de alcohol o droga? (Como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, asesores psicológicos u otro programa de tratamiento.)		

5. ¿Ha tenido problemas de salud? Por favor indique si:

- ___ ha sufrido desmayos u otros períodos de pérdida de memoria
- ___ se lesionó la cabeza después de beber o consumir drogas
- ___ ha tenido convulsiones, delirium tremens ("DT")
- ___ ha tenido hepatitis u otros problemas hepáticos
- ___ se sintió descompuesto, tembloroso o deprimido al dejar de consumir
- ___ se sintió como si tuviera insectos o una sensación de hormigueo bajo la piel al dejar de consumir drogas
- ___ se ha lesionado después de beber o consumir drogas
- ___ ha usado agujas para inyectarse drogas

Por favor continúe ⇒

Name _____
Date _____

SPANISH

Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (continuación)

	Sí	No
6. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas con sus familiares o amigos?		
7. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas en la escuela o en el trabajo?		
	Sí	No
8. ¿Lo han arrestado o ha tenido otros problemas legales? (Como cheques sin fondo, conducir bajo la influencia de alcohol, robo o posesión de drogas.)		
9. ¿Ha perdido el control o participado en peleas verbales o físicas durante el consumo de alcohol u otras drogas?		
10. ¿Necesita beber o consumir drogas cada vez con más frecuencia para conseguir el efecto que desea?		
11. ¿Pasa mucho tiempo pensando cómo conseguirá o intentando conseguir alcohol u otras drogas?		
12. Cuando bebe o consume drogas, ¿es más probable que haga algo que no haría normalmente, por ejemplo, no cumplir las reglas, violar la ley, vender cosas de valor para usted, o tener sexo sin protección?		
13. ¿Se siente mal o culpable por beber o usar drogas?		

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias de vida en general.

	Sí	No
14. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol o las drogas?		
15. ¿Alguno de sus familiares ha tenido problema con el alcohol o las drogas?		
16. ¿Piensa que tiene un problema con el alcohol o las drogas ahora?		

Gracias por completar este cuestionario.

Autorización para tener acceso a la información del paciente a través de una Organización de Intercambio de Información Médica

Departamento de Salud (Department of Health, DOH) del Estado de Nueva York

PROVEEDOR: Catholic Charities Family & Community Services

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito acceso a la información médica de mi atención y tratamiento de la manera en que se indica en el presente formulario. Puedo optar por permitirles a la Organización Proveedoradora o al Plan Médico mencionados anteriormente, o a las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista adjunta a este formulario, obtener acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información médica denominada Rochester RHIO. Otorgo mi consentimiento para que se pueda tener acceso a mis registros médicos de diferentes lugares en donde obtengo atención médica mediante una red informática de todo el estado. Rochester RHIO es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas electrónicamente y que cumple con las normas de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las leyes del estado de Nueva York. Para obtener más información, visite el sitio web de Rochester RHIO en www.RochesterRHIO.org.

Se puede tener acceso a mi información en caso de emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla n.º 2, la cual establece que rechazo el consentimiento *incluso* en el caso de una emergencia médica.

La decisión que tome en este formulario NO afectará mi capacidad de obtener atención médica. La decisión que tomo en este formulario NO permite que las compañías de seguro de salud tengan acceso a mi información para decidir si me brindarán o no seguro de salud o si pagarán o no mis facturas médicas.

<p>Mi opción de consentimiento. UNA casilla está marcada a la izquierda de mi decisión. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento al completar un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> 1. OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización Proveedoradora o el Plan Médico mencionadas anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionadas en la lista, tengan acceso a TODA mi información médica electrónica, a través de Rochester RHIO en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia.</p>
<p><input type="checkbox"/> 2. NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que la Organización Proveedoradora o el Plan Médico mencionados anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista, tengan acceso a mi información médica electrónica, a través de Rochester RHIO en relación con cualquier motivo, <i>incluso en caso de una emergencia médica (salvo para pacientes menores de edad).</i></p>

Si deseo negar mi consentimiento para que todas las Organizaciones Proveedoras y Planes Médicos que participan en Rochester RHIO tengan acceso a mi información médica electrónica a través de Rochester RHIO, puedo hacerlo si visito el sitio web de Rochester RHIO en www.RochesterRHIO.org o llamo a Rochester RHIO al 1-877-865-RHIO(7446).

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y me han proporcionado una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante legal del paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)	Relación entre el representante legal con el paciente (si corresponde)

Detalles acerca de la información a la que se tuvo acceso a través de Rochester RHIO y el proceso de consentimiento:

- Cómo se podrá utilizar su información.** Su información médica electrónica será utilizada **solamente** para los siguientes servicios de atención médica:
 - **Servicios de tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de seguro.** Verificar si tiene seguro de salud y cuál es su cobertura.
 - **Actividades de administración de atención.** Esto incluye ayudarle a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios prestados, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención médica o ayudarle a seguir un plan de atención médica.
 - **Actividades para mejorar la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipos de información acerca de usted están incluidas.** Si otorga su consentimiento, la(s) Organización (Organizaciones) Proveedora(s) y/o Plan(es) Médico(s) mencionado(s) anteriormente puede(n) tener acceso a TODA su información médica electrónica que se encuentre disponible a través de Rochester RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha en que se firmó este formulario. Sus registros médicos pueden incluir notas clínicas, resúmenes de altas hospitalarias, alergias, el historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o una fractura ósea), los resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), los tratamientos que haya recibido, sus diagnósticos y las listas de medicamentos que haya tomado. Estos registros pueden incluir toda esta información sobre afecciones de salud delicadas que incluyen, entre otras:
 - Problemas de consumo de alcohol o drogas
 - Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar).
 - Enfermedades genéticas (hereditarias) o análisis genéticos.
 - VIH/SIDA.
 - Afecciones de salud mental
 - Enfermedades de transmisión sexual.
- De dónde proviene la información médica acerca de usted.** La información acerca de usted proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro de salud. Estos lugares pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica electrónicamente. Puede obtener una lista completa y actual de la(s) Organización (Organizaciones) Proveedora(s) *O de Rochester RHIO*. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento si visita el sitio web de Rochester RHIO, www.RochesterRHIO.org, o llama al 1-877-865-RHIO (7446).
- Quién puede tener acceso a la información acerca de usted, si otorga su consentimiento.** Solo los médicos y otros miembros del personal de la(s) Organización (Organizaciones) a la(s) que le(s) ha otorgado consentimiento para llevar a cabo actividades autorizadas por este formulario, como se describe anteriormente en el párrafo uno. En caso de una emergencia, los médicos y otros miembros del personal podrán usar Rochester RHIO para acceder a la información médica de los pacientes menores de edad.
- Acceso de organizaciones para la obtención de órganos y organismos de salud pública.** Los organismos de salud pública locales, estatales o federales y ciertas organizaciones para la obtención de órganos están autorizados por ley a tener acceso a la información médica sin el consentimiento del paciente para ciertos fines de salud pública y transplante de órganos. Estas entidades pueden tener acceso a su información a través de Rochester RHIO para llevar a cabo dichos fines independientemente de si otorgó o negó su consentimiento, o si no completó un formulario de consentimiento.
- Sanciones por el acceso o el uso inadecuados de su información.** Estas son las penalizaciones por tener acceso inadecuado o por utilizar en forma inadecuada su información médica electrónica. Si, en algún momento, sospecha que alguna persona no autorizada ha visto o ha tenido acceso a información acerca de usted, llame a la Organización Proveedora al: _____, visite el sitio web de Rochester RHIO: www.RochesterRHIO.org, llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de queja de la Oficina de Derechos Civiles federal en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Posterior divulgación de información.** La(s) organización (organizaciones) a la(s) que le(s) otorgó consentimiento para tener acceso a su información médica podrá(n) volver a divulgar a terceros cualquier información médica, solo en la medida en que lo permitan las leyes y las normas estatales y federales. Solo se puede tener acceso y divulgar a terceros la información relacionada con el tratamiento por alcohol/drogas o la información relacionada con el VIH confidencial si se presentan las declaraciones solicitadas sobre la prohibición de la divulgación a terceros.
- Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cambie su opción de consentimiento o hasta el momento en que Rochester RHIO deje de funcionar (**o hasta 50 años después de su fallecimiento, lo que ocurra primero**). Si Rochester RHIO se fusiona con otra Entidad que reúna los requisitos, sus opciones de consentimiento permanecerán vigentes con la entidad recién fusionada.
- Cambio de su opción de consentimiento.** Usted puede cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier Organización Proveedora o Plan Médico si presenta un nuevo Formulario de Consentimiento con su(s) nueva(s) opción (opciones). Las organizaciones que tienen acceso a su información médica a través de Rochester RHIO mientras su consentimiento está vigente, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si luego decide cambiar su consentimiento, estas organizaciones no están obligadas a devolver ni a retirar su información de sus registros.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento. DOH-[número de formulario pendiente] (4/17 R)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PSYCKES

Psychiatric Services and Clinical Enhancement System (PSYCKES) es una aplicación basada en la web mantenida por el New York State (NYS) Office of Mental Health (OMH). Contiene información de salud desde la base de datos de NYS Medicaid, información de salud proveniente del historial clínico, e información desde otras bases de datos de salud del estado de Nueva York. Para obtener una lista actualizada y más información de las bases de datos de salud del estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y vea "About PSYCKES."

Datos en PSYCKES incluyen información de identificación (como su nombre y fecha de nacimiento,) información sobre los servicios médicos que han sido pagados por Medicaid, información sobre su historia de la atención médica (como tratamiento para enfermedades o lesiones, resultados de pruebas, y las listas de medicamentos que ha tomado), e información entrada por usted o su proveedor de tratamiento en la aplicación de PSYCKES (como un Plan de Seguridad).

La información de salud en PSYCKES puede ayudar a su proveedor ofrecer el mejor cuidado. En este formulario de consentimiento, usted puede elegir si desea o no darle a su proveedor acceso electrónico a información de salud que está en PSYCKES. Usted puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su decisión no afectará su capacidad para obtener atención médica ni cobertura de seguro médico. Su decisión de dar o negar su consentimiento no se utilizará para negarle servicios médicos.**

Si marca en el cuadro **"DOY MI CONSENTIMIENTO"**, está diciendo "Sí, el personal de este proveedor, que me suministra servicios médicos, puede ver y obtener acceso a toda mi información médica que está en PSYCKES."

Si marca en el cuadro **"NO DOY MI CONSENTIMIENTO"**, está diciendo "No, este proveedor no puede ver ni obtener acceso a mi información médica a través de PSYCKES", ESTO NO QUIERE DECIR EN MODO ALGUNO QUE A SU PROVEEDOR SE LE IMPIDE POR COMPLETO EL ACCESO A SU INFORMACIÓN MÉDICA. POR EJEMPLO, SI EL PROGRAMA DE MEDICAID TIENE ALGUNA INQUIETUD CON LA CALIDAD DE SU SERVICIOS DE LA SALUD, ENTONCES, SEGÚN LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES Y ESTATALES, SU PROVEEDOR PODRÍA OBTENER ACCESO A SU INFORMACIÓN PARA ACLARAR LA INQUIETUD SOBRE LA CALIDAD. INQUIETUDES SOBRE LA CALIDAD AYUDAN A PROFESIONALES DE LA SALUD DETERMINAR SI LOS SERVICIOS ADECUADOS ESTÁN SIENDO ENTREGADOS EN EL MOMENTO ADECUADO A LAS PERSONAS ADECUADAS. TAMBIÉN HAY EXCEPCIONES A LAS LEYES DE CONFIDENCIALIDAD QUE PODRÍAN PERMITIRLE A SU PROVEEDOR OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA DIRECTAMENTE DE OTRO PROVEEDOR PARA FINES DE TRATAMIENTO, SEGÚN LO ESTABLECEN LAS LEYES Y REGLAMENTACIONES ESTATALES Y FEDERALES.

Lea atentamente la información que aparece en el dorso de este formulario antes de tomar una decisión.

Sus opciones de consentimiento. Usted puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Usted tiene dos opciones:

- DOY MI CONSENTIMIENTO** para que este proveedor tenga acceso a TODA mi información de salud por vía electrónica que está en PSYCKES en relación con proveerme cualquier servicio de salud.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO** para que este proveedor tenga acceso a mi información de salud por vía electrónica que está en PSYCKES; no obstante, comprendo que mi proveedor puede obtener mi información aun sin mi consentimiento

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento del paciente

Número de Medicaid del paciente

Firma del paciente o del

Fecha representante legal del paciente

Nombre del representante legal del paciente
en letra de imprenta (si corresponde)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

Firma del testigo

Nombre del testigo en letra de imprenta

Detalles de la información sobre el paciente contenida en PSYCKES y el proceso de consentimiento:

1. ¿Cómo puede ser utilizada su información? Su información electrónica de salud sólo puede ser utilizada por su proveedor de tratamiento para:

- Dispensar tratamiento médico, coordinación del cuidado, y servicios relacionados
- Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.
- **Notificar a sus proveedores de tratamiento si usted tiene una emergencia (por ejemplo, ir a una sala de emergencia)**

2. ¿Qué tipos de información sobre usted se incluyen? Si usted da su consentimiento, _____ puede obtener acceso a TODA su información electrónica de salud a través de PSYCKES. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha de este formulario de consentimiento. La información en PSYCKES puede incluir información de sus expedientes de salud como el historial de enfermedades o lesiones que haya sufrido (como diabetes o un hueso fracturado), resultados de pruebas o análisis (como radiografías, análisis de sangre, o exámenes), resultados de evaluación, y listas de los medicamentos que haya tomado. Planes de cuidados, planes de seguridad, directivas psiquiátricas avanzadas que usted y su proveedor de tratamiento pueden haber desarrollado también pueden ser incluidos. Esta información puede estar relacionada a condiciones delicadas de salud, incluyendo, pero no limitadas a:

- Condiciones de la salud mental
- Problemas con el uso de alcohol o drogas
- Anticonceptivos y abortos (planificación familiar)
- Enfermedades congénitas (heredadas) o pruebas genéticas
- VIH/SIDA
- Enfermedades sexualmente transmitida

3. ¿De dónde procede su información de salud en PSYCKES? Si ha recibido servicios relacionados con la salud que fueron pagados por Medicaid, la información sobre estos servicios estarán en PSYCKES. Si usted ha recibido servicios por parte de centros psiquiátricos operados por el Estado, la información relacionada con la salud tomados de sus registros clínicos también estarán en PSYCKES. Sin embargo, a pesar que la información contenida en PSYCKES puede venir de su historia clínica, su expediente en PSYCKES no es lo mismo que su historia clínica completa. La información en PSYCKES también puede ser entrada por usted o su proveedor de tratamiento. Información de salud de otras bases de datos mantenidas por NYS también se incluye en PSYCKES. Nuevas bases de datos de salud pueden ser añadidas a PSYCKES como disponible. Para obtener una lista actualizada y más información de las bases de datos de salud del estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y vea "About PSYCKES" o pregúntele a su proveedor que le imprima esta lista para usted.

4. Si usted da su consentimiento, ¿quién puede obtener acceso a su información? Solamente estas personas pueden obtener acceso a información sobre usted: médicos y demás proveedores de tratamiento de _____ que participan en su cuidado, los proveedores de servicios de salud que estén cubriendo o estén turno para _____ ; y los miembros del personal que realicen actividades permitidas por este formulario de consentimiento, como se indica anteriormente en el párrafo uno.

5. Sanciones por acceso o uso indebido de su información. Hay sanciones por acceso o uso indebido de su información de salud por vía electrónica. Si en cualquier momento sospecha usted que alguien que no deba haber visto u obtenido acceso a su información ha en efecto visto u obtenido dicha información, llame a _____ al _____ o llame al departamento de Relaciones con el Cliente de la Oficina de Salud Mental del Estado de NY al 800-597-8481.

6. Re-divulgación de información. _____ puede volver a divulgar cualquier información de su salud por vía electrónica a otras personas solamente en el medida en que lo permitan las leyes y reglamentaciones estatales y federales. Esto también corresponde a la información de salud sobre usted que exista por escrito en papel. Algunas leyes estatales y federales ofrecen protecciones especiales para algunos tipos de información médica delicada, como la información sobre VIH/SIDA y sobre tratamiento para la adicción a las drogas y el alcohol. Las personas que reciban estos tipos de información de salud delicada deben seguir las exigencias especiales de dichas leyes.

7. Periodo de vigencia. Este formulario de consentimiento se mantendrá vigente hasta 3 años después de la última fecha en que haya recibido cualquier servicio a partir del _____ o el día en que usted revoque su consentimiento.

8. Revocación de su consentimiento. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento al firmar el Formulario para Revocar Consentimiento y entregárselo a _____. También puede cambiar sus opciones de consentimiento en cualquier momento al firmar un nuevo formulario de consentimiento. Puede obtener estos formularios directamente de este proveedor o en el sitio Web de PSYCKES en www.psyckes.com, o si llama a _____ al _____. Nota: Las organizaciones con acceso a su información de salud a través de _____ pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos mientras esté vigente su consentimiento. Aunque más adelante usted decida revocar su consentimiento, a estas organizaciones no se les exige devolverlo o eliminarlo de sus registros.

9. Copia del formulario. Usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.

Revisado 10/11/16

SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN: SPANISH

1. Indique en cual de las siguientes clases del juego Ud. ha participado durante su vida. Para cada clase del juego, conteste: "nunca," "menos de una vez por semana," o "una vez por semana o más."

	Nunca	Menos de una vez por semana	Una vez por semana o más	
a.				He jugado a cartas por dinero.
b.				He apostado en las carreras de caballos o de perros, en las peleas de gallos o de otros animals (en el hipódromo, en la pista, o con un corredor de apuestas).
c.				He apostado en los deportes (con quinielas, con un corredor de apuestas, o en jai alai).
d.				He jugado a juegos de dados por dinero.
e.				He jugado en un casino (legítimo o no).
f.				He jugado a números o a la lotería.
g.				He jugado al bingo por dinero.
h.				He jugado a la bolsa (acciones, opciones de compra).
i.				He jugado a las máquinas (tragaperras, poker, u otras).
j.				He jugado al boliche, al billar, al golf (u otro juego de habilidad) por dinero.
k.				He jugado a "pull tabs o a juegos de papel aparte de la lotería.
l.				He participado en alguna forma de apostar todavía no mencionado (indique cuales son, por favor).

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que Ud. ha apostado en un solo día?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nunca he apostado
<input type="checkbox"/> \$1 o menos
<input type="checkbox"/> más de \$1 y menos de \$10
<input type="checkbox"/> más de \$10 y menos de \$100 | <input type="checkbox"/> más de \$100 y menos de \$1,000
<input type="checkbox"/> más de \$1,000 y menos de \$10,000
<input type="checkbox"/> más de \$10,000 |
|--|---|

3. Indique cuales personas en su vida han tenido (o tienen) un problema con el juego.

- | | | | |
|--------------------------|---------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | padre | <input type="checkbox"/> | madre |
| <input type="checkbox"/> | hermano(a) | <input type="checkbox"/> | abuelo(a) |
| <input type="checkbox"/> | esposo(a) | <input type="checkbox"/> | hijo(s) |
| <input type="checkbox"/> | otro pariente | <input type="checkbox"/> | un amigo u otra persona importante en su vida |

4. Cuando Ud. juega, ¿cada cuándo vuelven para recobrar el dinero que ha perdido?

- nunca
- algunas veces (menos de la mitad del tiempo)
- la mayoría del tiempo
- siempre

5. ¿Alguna vez ha pretendido Ud. haber ganado dinero cuando en realidad perdió?

- nunca
- sí, algunas veces (menos de la mitad de las veces que he perdido)
- sí, casi siempre

6. ¿Cree Ud. que ha tenido un problema con el juego?

- no
- en el pasado, sí; ahora, no
- sí

7. ¿Alguna vez ha jugado Ud. más de lo que quería?

- sí no

8. ¿Hay alguien que ha criticado su manera de jugar?

- sí no

9. ¿Ha sentido Ud. lleno de remordimientos debido a su manera de jugar, o a las consecuencias de su juego?

- sí no

10. ¿Alguna vez ha querido Ud. dejar de jugar, pero no se creía capable de hacerlo?

- sí no

11. ¿Ha discutido Ud. con la gente en su casa sobre su manera de manejar el dinero?

_____ sí _____ no

12. ¿Ha discutido Ud. con la gente en su casa sobre su manera de manejar el dinero?

_____ sí _____ no

13. (Si Ud. ha contestado sí a la pregunta número 12): Estas discusiones—han tenido que ver con su juego?

_____ sí _____ no

14. ¿Ha pedido Ud. un préstamo de dinero de alguien, y luego no pudo devolver el dinero a causa del juego?

_____ sí _____ no

15. ¿Ha perdido Ud. tiempo de su trabajo (o de la escuela) a causa del juego?

_____ sí _____ no

16. Si Ud. ha pedido dinero prestado para jugar o para pagar las deudas resultando del juego, ¿de quien ha pedido (o de dónde ha sacado) el dinero? (Indique sí o no.)

a. de los fondos de domicilio	sí	no
b. de su esposo	sí	no
c. de otros parientes	sí	no
d. del banco, de la caja de ahorros, de compañías de préstamo, del "credit union"	sí	no
e. de las tarjetas de crédito	sí	no
f. de un usurero	sí	no
g. por cobrar las acciones, los bonos, u otras fianzas	sí	no
h. por vender sus posesiones o las de la familia	sí	no
i. por extender unos cheques sin fondos o firmar cheques falsos	sí	no
k. de una línea de crédito con su corredor de apuestas	sí	no

Muchas gracias por completar este cuestionario.

Scoring Rules for Spanish SOGS

Same as the English SOGS; please refer to the scoring rules on page 97.

Total = _____ (20 questions are counted)

**3 or 4 = Potential pathological gambler (Problem gambler)

**5 or more = Probable pathological gambler

