



**SHERIDAN HEALTH SERVICES**

**CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Nota al paciente: Si hay alguna declaración o palabras que usted no entiende en este formulario o le gustaría obtener más información, favor notifíquenos antes de firmar este formulario.

**Confidencialidad**

Su confidencialidad sobre su salud mental y/o abuso de alcohol o drogas está protegida legalmente. No podrá ser divulgada o proveer alguna información que lo pueda identificar como paciente a ninguna persona fuera de Sheridan Health Services, **al menos que:**

- Usted debe dar consentimiento por escrito (o con consentimiento escrito de sus padres, si usted es menor de 12 años de edad);
- Información de resultados médicos puede ser revelado sólo con una orden de la corte;
- Si usted comete o amenaza con cometer algún crimen en contra del programa o alguna persona que trabaja para el programa (en este caso, su confidencialidad no será protegida);
- Si en nuestro criterio clínico, usted se vuelve una amenaza para usted mismo o para otros, o si usted tiene una emergencia médica (podremos revelar información sobre usted para protegerlo a usted y/o a otros);
- Si sospechamos de abuso o negligencia infantil o anciano, es requerido por la ley del estado reportar todo abuso o negligencia ante los agentes del estado y/o autoridades locales.

Su información personal podría ser utilizada para auditar o evaluar nuestro programa de salud mental. Nuestros terapeutas en SHS están afiliados con un programa "Addiction Research and Treatment Services (ARTS)." Si usted recibe servicios de salud mental por un profesional licenciado, se nos requiere reportar su nombre, dirección, y número de seguro social a la "Division of Behavioral Health of the Colorado Department of Human Services." Si usted tiene Medicaid, SHS enviara las facturas a ARTS, incluyendo sus diagnósticos para reembolso por los servicios terapéuticos recibidos. Esta información será publicada en conformidad con las regulaciones federales que protegen confidencialidad de salud mental e información por abuso de alcohol y drogas.

Infringir las leyes Federales, regulaciones de confidencialidad por un residente del programa es un crimen. (Ver 42 U.S.C. 290 ee-3, 290ff-3 Federal laws; 42 CFR, Part 2, and 45 CFR, Parts 142, 160, 162, 164 de regulaciones federales). Preguntas pueden ser dirigidas al personal de la clínica.

**Consentimiento para tratamiento de Salud Mental**

Yo consiento que SHS provea servicios y tratamiento de conducta, emocional, social y/o problemas de educación. Entiendo que los servicios son proveídos por un equipo de tratamiento bajo la supervisión de un profesional licenciado. Entiendo que mi tratamiento puede incluir cuestionarios y evaluaciones psiquiátricas o psicológicas (incluyendo evaluaciones conductuales, emocionales, e intelectuales).

Firmando este formulario, yo autorizo y consiento para obtener tratamiento de salud mental y/o de abuso para alcohol y/o drogas en SHS. Entiendo mis derechos de confidencialidad y sus limitaciones. Yo consiente y voluntariamente entrare en el tratamiento entendiendo mi responsabilidad en participar y trabajar para llegar a las metas del mismo. Me han ofrecido una copia de este formulario para mis archivos.

**Apruebo cualquier contacto para seguimiento**

Yo le doy permiso al personal de SHS de comunicarse conmigo sobre mi tratamiento. El propósito de este contacto es conducir encuestas de seguimiento para comprobar la efectividad del tratamiento. Toda la información es considerada confidencial. Está protegida por la ley federal (42 CFR, Part 2). Entiendo que mi información personal como: identidad y nombres no serán usados en reportes los cuales podrían ser enviados a compañías de seguros, organizaciones de manejo de servicios, o agencias gubernamentales de servicios humanos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O TRANSFERIR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ / /  
Apellido, Primer nombre, letra del segundo nombre – Letra Separada Fecha de nacimiento

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, y Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o nombre de la persona autorizando la divulgación de información autoridad legal para firmar en nombre del paciente

autorizo el uso y la transferencia de la información médica confidencial entre:  
Favor chequee las agencias que están autorizando usar, recibir, y divulgar su información médica confidencial

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sheridan Health Services/Sheridan School Based Health Services | <input type="checkbox"/> Sheridan School District             |
| <input type="checkbox"/> Mile High Behavioral Healthcare                                | <input type="checkbox"/> Mile High Youth Corps                |
| <input type="checkbox"/> ARTS Innovative Recovery Clinic                                | <input type="checkbox"/> ARTS Specialized Outpatient Services |
| <input type="checkbox"/> ARTS Medication Assisted Treatment Clinics                     | <input type="checkbox"/> ARTS Synergy Outpatient Services     |
| <input type="checkbox"/> ARTS OTC – Outpatient Therapeutic Community                    | <input type="checkbox"/> ARTS Synergy Residential Services    |
| <input type="checkbox"/> ARTS Parkside Clinic   |   |
| <input type="checkbox"/> ARTS Potomac Street Center                                     | <input type="checkbox"/> ARTS Westside Center for Change      |
| <input type="checkbox"/> ARTS Residential Peer I  |   |
| <input type="checkbox"/> ARTS Residential Haven   |   |

Entiendo que si autorizo, recibiré mejor calidad de tratamiento médico porque la información estará bien coordinada. Mi tratamiento médico tendrá un enfoque global y tendré un plan de cuidado individual que estará desarrollado especialmente para mí. Únicamente la información necesaria para lograr el propósito de esta autorización será compartida.

**INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL QUE ESTÁ PERMITIDO COMPARTIR**

Entiendo que la información médica confidencial que está permitido compartir incluye:

- | Sí                           | No                       | (Favor escriba sus iniciales en la línea apropiada)   |
|------------------------------|--------------------------|---|
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El diagnóstico (el nombre de mi enfermedad) y alergias  |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Resultados de pruebas de laboratorio, rayos-x, prueba urinaria y otros estudios               |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anterior/Actual medicamentos prescritos, incluyendo dosis                                     |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mis datos, incluyendo nombre, teléfono, dirección, etc.                                       |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Información personal, incluyendo género, etnicidad (raza), edad, información del empleo, etc. |

**Información en mi registros de salud que está permitido compartir incluye:**

- | Sí                           | No                       | (Favor escriba sus iniciales en la línea apropiada)           |
|------------------------------|--------------------------|---|
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi evaluación diagnóstica                                     |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi plan de tratamiento  |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi Estado de salud mental (sin incluir notas de psicoterapia) |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia traumática   |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mi uso de alcohol o drogas                                    |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estado de VIH/SIDA  |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades de transmisión sexual                            |
| ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Grupo de apoyo social   |

Deseo que la siguiente información no sea compartida:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (VUELTA)

## MIS DERECHOS

Entiendo que generalmente Sheridan Health Services (SHS) no podrán condicionar mi tratamiento con la firma de formularios de autorización. Sin embargo, también entiendo que, en situaciones limitadas, mi tratamiento podría ser negado si no firme los formularios de autorización. Por ejemplo, si los fondos para mi tratamiento dependen de una agencia o una organización que recibe informes sobre mi tratamiento y progreso, tendré que firmar un formulario de autorización o podría no ser admitido para mi tratamiento. Entiendo que las personas que recibirán esta información podrán divulgar mi información. Por este motivo, la información podrá llegar a ser desprotegida. SHS tratará evitar mi información sea divulgado por manera de proveer una noticia a quienquiera reciba mi información que no se permite la divulgación de información personal que haya proveído a ellos.

Si estoy recibiendo tratamiento por abuso de alcohol y/o drogas en SHS, entienda que los expedientes de tratamiento de alcohol y/o drogas estén protegidos bajo la ley "Federal Regulations Governing Confidentiality and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2 and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Part 160 & 164." Entiendo que la información no puede ser divulgada sin mi permiso explícito, a menos de que las reglas lo especifiquen.

Entiendo que, si firmo esta autorización, yo tenga derecho a cambiar mi decisión. Si decido cancelar esta autorización, yo necesite hacerlo por escrito. La cancelación no va a afectar cualquieras acciones que han pasado por parte de esta autorización, por ejemplo, la información confidencial que ya se ha compartido entre mis proveedores.

Entiendo que me preguntarán si quiero una copia de este formulario después de que la he firmado y puesto fecha.

Esta autorización expirará un año después de haberse firmado o cuando ya no sea necesario compartir esta información para mi tratamiento, lo que ocurra primero.

Si firmo esta autorización, yo confirme que haya leído, haya entendido, y acepte las condiciones aquí descritas.

Firma del paciente

Fecha

Firma del padre, tutor, y/o representante autorizado (favor describa la relación)  
con autoridad legal firmar en nombre del paciente

Fecha

Representante autorizado (favor describa la relación)

Fecha

Testigo

Fecha



# Sheridan Health Services

COLLEGE OF NURSING  
UNIVERSITY OF COLORADO

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O TRANSFERIR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL

Transferir de/a: Sheridan Health Services, Inc.

Transferir de/a: \_\_\_\_\_

Family Health Clinic  
3525 W. Oxford Ave, Unit G2  
Denver, CO 80236  
Phone (303) 315-6150  
Fax (303) 797-4266

Youth Health Clinic  
4107 S. Federal Blvd  
Englewood, CO 80110  
Phone (303) 315-6150  
Fax (303) 783-9978

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Fax ( ) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Apellido, Primer nombre, letra del segundo nombre- (Letra Separada)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

Nombre del individuo o persona autorizada para transferir la información

Tutor legal

autorizo el uso y la transferencia de la información médica confidencial entre las personas/entidades que están listadas arriba. Yo entiendo que si autorizo, recibiré mejor calidad de tratamiento médico porque la información estará bien coordinada. Mi tratamiento médico tendrá un enfoque global y tendré un plan de cuidado individual que estará desarrollado especialmente para mí. Únicamente la información necesaria para lograr el propósito de esta autorización será compartida.

### INFORMACION MEDICA PROTEGIDA QUE SERA COMPARTIDA

Yo entiendo que la información médica protegida o archivos que serán compartidos podrán incluir:

- SÍ NO (Por favor ponga sus iniciales)**
- \_\_\_   El diagnóstico (el nombre del problema)
- \_\_\_   Resultados de estudios de laboratorio, Rayos X, prueba urinaria, y otros estudios
- \_\_\_   Mis datos, incluyendo nombre, teléfono, dirección etc.
- \_\_\_   Información personal incluyendo mi sexo, etnicidad (raza), edad, etc.

- SÍ NO (Por favor ponga sus iniciales)**
- \_\_\_   Información de salud mental (sin incluir notas de psicoterapia)
- \_\_\_   Uso/Abuso de alcohol o drogas
- \_\_\_   Estado de VIH/SIDA
- \_\_\_   Enfermedades de transmisión sexual
- \_\_\_   Medicamentos prescritos

Deseo que la siguiente información no sea compartida:

Yo entiendo que las personas que reciban esta información tienen mi permiso para divulgar mi información. Por este motivo, la información podrá no ser protegida. Si yo estoy recibiendo tratamiento para abuso de alcohol y/o drogas en SHS, yo entiendo que los archivos del tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos bajo la ley "Federal regulations governing Confidentiality and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part2 and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Part 160 & 164." Yo entiendo que la información no puede ser difamada sin mi permiso explícito, a menos de que las reglas lo especifiquen.

Yo entiendo que si yo firmo esta autorización, tengo derecho a cambiar mi decisión. Si yo decido cancelar esta autorización, necesito hacerlo por escrito. La cancelación no va a afectar las acciones pasadas como parte de esta autorización, por ejemplo la información confidencial que ya se ha compartido entre los proveedores.

Yo entiendo que me preguntaran si yo quiero una copia de esta forma después de que yo lo he firmado y he puesto la fecha.

Esta autorización expira un año después de haberse firmado esta forma o cuando ya no sea necesario compartir esta información para mi tratamiento, lo que pase primero.

Si firmo esta autorización, yo estoy de acuerdo con lo que yo he leído y entendido la información de esta forma.

Firma del individuo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del pariente, tutor legal (describa como está relacionado con el paciente) con autorización legal para firmar por el paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo de SHS, Empleado clínico, Credenciales \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



**LOS DERECHOS DEL CLIENTE**

Mientras está en Sheridan Health Services (SHS):

1. Es el derecho del cliente a no ser discriminado por razones de raza, color, credo, sexo, orientación sexual, o discapacidad (disabilidad).
2. Clientes tienen el derecho a ser tratado con respeto, imparcialidad, y justicia.
3. Los clientes serán informados de las reglas y horas de servicio para Sheridan Health Services.
4. Los clientes tienen el derecho de revisar sus expedientes. El cliente podrá revisar el expediente del caso, o sus expedientes pueden ser publicados o vistos por otros sólo con un formulario de publicación firmado por el cliente. Estas revisiones de los expedientes pueden estar coordinado con el acuerdo de los procedimientos de la facilidad, en un momento conveniente para la facilidad y el revisor. El personal profesional debe estar presente para explicar los materiales. El programa puede eliminar los siguientes tipos de información confidencial antes de que el cliente u otras personas ven los expedientes:
  - A. La información que puede poner en peligro la seguridad de la facilidad o la confidencialidad de otros clientes.
  - B. La información que puede resultar en peligro de daño físico a otros compañeros.
  - C. Información que si se revela, sería psicológicamente perjudicial.
5. Los clientes tienen derecho a la libertad de expresión, siempre y cuando no interfiera con los derechos de los demás.
6. Los clientes tienen derecho a recibir servicios en la escena menos restrictivo, con sujeción a recursos disponibles y adecuados para el cliente.
7. Los clientes tienen derecho a un plan de servicio/tratamiento individualizado y participar en su desarrollo y cualquier cambio posterior del plan.
8. Los clientes tienen el derecho a recibir tratamiento justo en los procedimientos disciplinarios.
9. Los clientes no serán discriminados por ejercer sus derechos.

He leído y entiendo el documento explicando los derechos del cliente, y se me ha ofrecido una copia.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor *(si es aplicable)* \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Consejero \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**PÓLIZA DE CITAS**

Bienvenido a la consejería de salud mental en Sheridan Health Services (SHS). Como los servicios de consejería están en alta demanda en SHS, les animamos a venir a todas las citas programadas de asesoramiento. Cualquier cambio a su cita afecta a otros clientes.

Si la cancelación es inevitable, **por favor llame a la oficina al menos 24 horas antes de su cita para que podamos dar ese tiempo a otro cliente.**

*Si tres (3) citas se cancelan o se perdió con menos de 24 horas, vamos a terminar los servicios de consejería de salud mental (el/la terapeuta se reserva el derecho de cambiar esta póliza debido a circunstancias atenuantes). En el momento de la terminación, vamos a ofrecerle información sobre otras fuentes de referencia, si es necesario. Apreciamos su compromiso con su propia y otra de bienestar y las gracias por su comprensión.*

**ACUERDO DE CUOTA**

Los Servicios de Salud de Sheridan tienen como política mantener unos costos y honorarios en línea con las tarifas y cargos locales y diseñados para cubrir los costos operativos razonables de los servicios proporcionados a nuestros pacientes. Los Servicios de Salud de Sheridan realizarán un esfuerzo razonable por obtener un reembolso de terceros pagadores, incluidos los programas de seguros públicos como Medicaid, CHP+, Medicare y otros programas públicos de asistencia, así como seguros de salud privados para pacientes que dispongan de tal cobertura. A estos pagadores se les facturará en función del monto total de los honorarios por tales servicios según lo negociado por sus contratos sin aplicación de ningún descuento. Los Servicios de Salud de Sheridan esperan que los pacientes con cobertura de terceros de programas públicos o privados abonen cualquier copago necesario de los servicios en el momento en que estos se proporcionen.

A los pacientes que no dispongan de cobertura de terceros pagadores (no asegurados o con seguro insuficiente) se les ofrecerá la oportunidad de solicitar el programa de descuentos progresivos. Este programa se aplicará a todos los pacientes y todas las familias con unos ingresos anuales que representen el 200 por ciento del nivel federal de pobreza establecido o estén por debajo de ese porcentaje.

A todos los pacientes se les cobra teniendo en cuenta el baremo de honorarios de los Servicios de Salud de Sheridan.

- A los pacientes con escala progresiva de honorarios se les factura y se les ajustan los cargos en función de su nivel de descuento.
- A las compañías de seguros de terceros se les facturará en función de los honorarios asociados a los códigos de Terminología actualizada de procedimientos médicos (CPT, por sus siglas en inglés). Se espera el reembolso completo en función de las tarifas negociadas mediante contratos con las compañías de seguros privadas y nuestra tarifa actual de consulta en un centro de salud con calificación federal (FQHC, por sus siglas en inglés) para los programas de seguros públicos, menos cualquier copago abonable por el paciente en el momento en que se preste el servicio.
- A los pacientes que no reúnan los requisitos para acogerse al programa de descuentos progresivos de Sheridan, o que no dispongan de seguro ni disfruten de ningún otro programa de descuentos se les aplicarán los precios completos sin descuento.

He leído y entiendo la póliza de designación y acuerdo de pago.

Firma del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor (si aplica) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Consejero(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**EL RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO CONJUNTA  
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, reconozco que he recibido una copia del aviso conjunto de prácticas de privacidad para el Hospital de la Universidad de Colorado, del Centro de las Ciencias de la Salud de Universidad de Colorado, y de University Physicians, Incorporated.

Nombre

Fecha

Nombre (Firma)

Fecha

**Sólo para Uso Internal**

Razón que reconocimiento no fue obtenido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre

Fecha

Nombre (Firma)

Fecha