



Notificación sobre prácticas de privacidad

Esta notificación describe cómo su información médica puede ser usada y divulgada, además de cómo usted puede tener acceso a esta información.

Por favor, revise esto cuidadosamente.

Esta notificación se aplica a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y a cada proveedor asociado, los cuales colectivamente constituyen un acuerdo de cuidados médicos organizados. Esto significa que Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y los proveedores asociados podrían compartir su información médica tal y como se describe en esta notificación y como usted lo ha autorizado. Esta notificación contiene detalles adicionales sobre cómo su información podría ser compartida.

Todas las comunicaciones relacionadas con sus derechos o esta notificación pueden dirigirse a:

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC
Attn: Molly Griffith, Privacy Officer
16365 NW Twin Oaks Drive Suite 200 Beaverton, OR 97006
Dirección de envío: 16055 SW Walker Road #443 Beaverton, OR 97006
(teléfono) 503.828.3402 (fax) 503.828.3401

Sus derechos

Usted tiene el derecho de:

- Obtener una copia electrónica o de papel de sus registros médicos
- Corregir la copia electrónica o de papel de sus registros médicos
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirle a esta agencia que limite la información que compartimos
- Obtener una lista de aquéllos con quienes compartimos su información
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad
- Elegir a una persona que actúe en su nombre
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus opciones

Usted tiene opciones sobre cómo usamos y compartimos su información. Estas opciones pueden estar relacionadas con:

- Informar a su familia y amigos sobre su condición
- Proveer cuidados de salud mental
- Hacer publicidad sobre nuestros servicios

Nuestros usos y divulgaciones

Podríamos usar y compartir su información médica cuando nosotros:

- Proveemos un tratamiento
- Operamos nuestra organización
- Enviamos facturas por los servicios que usted recibe
- Ayudamos con asuntos de salud y seguridad pública
- Cumplimos con las leyes o abordamos peticiones del gobierno
- Respondemos a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuanto se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.



- Tiene el derecho de recibir una copia electrónica o de papel de sus registros médicos. Nuestra meta es proveer esta copia para usted dentro de 30 días de su petición. Nosotros podríamos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Tiene el derecho de pedir que corrijamos sus registros médicos.
- Nosotros podríamos rechazar su petición y vamos a proveer una explicación por escrito dentro de 60 días de esta petición.
- Tiene el derecho de solicitar una comunicación confidencial.
- Tiene el derecho de elegir cómo la agencia se comunica con usted (por ejemplo: teléfono de su hogar u oficina o correo electrónico) dentro de los límites de todas las peticiones razonables.
- Tiene el derecho de limitar lo que usamos o compartimos sobre su información médica para fines de tratamiento, pagos o nuestras operaciones. Tenemos la responsabilidad de rechazar su petición para poner limitaciones si esto afectara el éxito de sus cuidados.
- Se requiere de una previa autorización por escrito de su parte para usar o compartir cierta información de salud mental delicada. Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC le pedirá a usted esta autorización cuando comience los servicios con nuestra agencia, debido a la naturaleza integrada de nuestros servicios. Usted tiene el derecho de negar esta autorización o puede revocar en cualquier momento una autorización que nos haya otorgado anteriormente.
- Si usted ha pagado por el total de un servicio o cuidado médico de su propio bolsillo, puede pedir que esta agencia no comparta una información relacionada con sus cuidados para el propósito de pago o nuestras operaciones con su compañía de seguro. Esta agencia cumplirá con su petición, a menos que una ley requiera que dicha información se comparta.
- Tiene el derecho de obtener una lista con quienes hemos compartido su información y la razón de dicha divulgación de información. Esta lista incluye la información compartida por un máximo de seis años anteriores a la fecha en que se hizo la petición. Vamos a incluir todas las divulgaciones, con excepción de aquellas relacionadas con el tratamiento, pagos, operaciones de cuidados médicos y otra información que el cliente pida que se excluya. Vamos a proveer una lista por año sin costo alguno. Por cada lista adicional dentro de 12 meses, cobraremos una tarifa razonable basada en el costo.
- Tiene el derecho de recibir una copia electrónica o de papel de esta notificación de privacidad. Esta copia será provista con prontitud.
- Tiene el derecho de elegir a otra persona que actué en su nombre.
- Si otra persona es su tutor legal o tiene una carta poder médica, esta persona puede ejercitar sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Antes de permitir dichas acciones, esta agencia confirmará por escrito la relación de esta persona con usted.
- Tiene el derecho de presentar una queja con nuestra agencia si siente que sus derechos han sido violados. Por favor, consulte la página 1 de esta notificación para encontrar información sobre el proceso apropiado para presentar una queja. Usted también puede presentar una queja ante el Departamento de Trabajo e Industrias de Oregon en 800 NE Oregon St, Suite 1045, Portland, OR, 97232. El número de teléfono de la oficina en esta ubicación es 971-673-0764. Más información sobre cómo presentar una queja puede encontrarse en: https://www.oregon.gov/boi/CRD/pages/c_crcompl.aspx. Usted también puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos de Oregon, enviando una carta a la Oficina de Defensa del Gobernador en: 500 Summer St. NE, E17, Salem, OR 97301-1097, o llamando al 1.800.442.5238.
- Por favor, tenga en cuenta que esta agencia no tomará ninguna represalia contra usted si llegara a presentar una queja.

Sus opciones

Usted tiene el derecho de elegir qué información médica se comparte y su información se comparte en relación con lo siguiente:

- Propósitos de publicidad
- Notas de progreso sobre un tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias

Por favor, tenga en cuenta que se aplican reglas adicionales para las "notas de psicoterapia". Una nota de psicoterapia es la información documentada (por cualquier medio) por un profesional de salud mental sobre el contenido de las conversaciones durante una sesión de consejería de salud mental para una persona, pareja, familia o grupo. Las notas de psicoterapia excluyen el manejo de medicamentos, horas de comienzo y terminación de sesiones de consejería, modalidades y frecuencias del tratamiento completado, resultados de pruebas clínicas y cualquier resumen de los siguientes aspectos: diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronosis y progreso hasta la fecha.

Específicamente, no podemos compartir las notas de psicoterapia sin tener su permiso por escrito, excepto para:

- Uso de la nota de psicoterapia por su autor para un tratamiento
- Uso o divulgación por su proveedor para sus propios programas de entrenamiento



- Uso o divulgación por su proveedor para defenderse en una acción legal u otro procedimiento

Con la finalidad de proveerle a usted un tratamiento conjunto, darle acceso a proveedores de cuidados médicos asociados durante las noches y fines de semana o en situaciones de emergencia, mejorar la calidad de los cuidados provistos en Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, y facilitar las operaciones, pediremos su permiso para divulgar su información de salud mental, incluyendo cualquier nota de psicoterapia, entre Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y sus proveedores de cuidados médicos asociados. Aunque tengamos su autorización, no vamos a divulgar más de lo mínimo necesario sobre su información de salud mental.

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información médica? Normalmente usamos o compartimos su información médica cuando realizamos lo siguiente:

Proveer su tratamiento

- Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales proveyéndole un tratamiento.
EJEMPLO: Si usted ve a varios proveedores de cuidados médicos a través de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, estos proveedores podrán compartir su información médica para coordinar su tratamiento.

Operar nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información médica para operar nuestra práctica, mejorar sus cuidados y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
EJEMPLO: Usamos su información médica sobre cuándo tiene una cita programada o su diagnóstico para manejar sus servicios de tratamiento.

Enviar facturas por sus servicios

- Podemos usar y compartir su información médica para enviar facturar y obtener pagos de los planes de salud u otras entidades.
EJEMPLO: Damos una información sobre usted a su plan de seguro médico para que pague por los servicios que recibió de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC.

¿Cómo usamos o compartimos normalmente cierta información de salud mental? Debido a que hay reglas especiales para el uso y divulgación de cierta información de salud mental, incluyendo las notas de psicoterapia, como ya se explicó con detalles anteriormente en las páginas 1-2, usaremos cierta información de salud mental como usted nos autorizó. Si usted ha autorizado que compartamos su información de salud mental, incluyendo cualquier nota de psicoterapia, podemos divulgar esa información a los proveedores de cuidados médicos cuando sea necesario.

EJEMPLO: Durante su admisión, usted firma un formulario autorizando a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y a cualquiera de los proveedores de cuidados médicos asociados para divulgar su información de salud mental cuando sea necesario para fines de tratamiento, pagos y operaciones. Después, cuando usted tiene una emergencia y necesita ver a un consejero diferente a través de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, su consejero regular puede divulgar su información de salud mental a este consejero diferente para que usted pueda recibir un tratamiento.

EJEMPLO: Durante su admisión, usted firma un formulario autorizando a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y a cualquiera de los proveedores de cuidados médicos asociados para divulgar su información de salud mental cuando sea necesario para fines de tratamiento, pagos y operaciones. Después, si Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC determina que se necesita cierta información de salud mental para asegurar el pago de los servicios provistos para usted, su consejero puede divulgar esta información a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, el cual puede entonces divulgar esta información cuando sea necesario para asegurar un pago.

¿De qué otras maneras usamos o compartimos normalmente su información médica? Tenemos permitido o requerido compartir su información de otras maneras, usualmente de maneras que contribuyen al bienestar público como en el caso de una investigación de salud pública. Debemos cumplir con muchas condiciones en las leyes antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html



Ayudar con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones como las siguientes:

- Reportar una sospecha de abuso, descuido o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de alguna persona
- Prevenir enfermedades

Cumplir con las leyes

Vamos a compartir información sobre usted si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos, el Departamento de Servicios Humanos de Oregón u otras agencias similares que tienen la autoridad apropiada para asegurar que esta agencia cumpla con las leyes de privacidad estatales y federales.

Trabajar con un examinador médico o director funerario

Podemos compartir información médica con un médico forense, examinador médico o director funerario cuando un individuo fallezca, si es necesario, y también cuando esta agencia necesita abordar una compensación de trabajadores, peticiones policiales u otras del gobierno.

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación de trabajadores
- Para propósitos policiales o con un oficial de la policía
- Con agencias de supervisión de la salud para realizar actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno como militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted como respuesta a una orden judicial o administrativa o como respuesta a un citatorio judicial.

Nuestras responsabilidades

- Legalmente tenemos requerido mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Vamos a informarle a usted con prontitud si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y darle a usted una copia de ésta.
- No vamos a usar o compartir su información de manera diferente a lo descrito aquí, a menos que usted nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de opinión.

Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Acuerdo de cuidados médicos organizados

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC es una entidad legalmente separada de los consejeros y proveedores de cuidados de salud mental que trabajan con (en otras palabras, que están asociados con) Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC. Sin embargo, Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y sus proveedores asociados comparten espacios de oficina, están operativamente integrados (por ejemplo: administración, gestión y facturación son todos realizados mediante Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC), se presentan ante el público como una empresa conjunta, y realizan actividades conjuntas como proveer un tratamiento conjunto y participar en actividades conjuntas para el mejoramiento y evaluación de la calidad. Como tal, Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC y sus proveedores asociados constituyen un acuerdo de cuidados médicos organizados, permitiendo que estas entidades legalmente separadas compartan esta notificación y compartan otra información médica como lo permiten las leyes. En particular, usted necesita autorizar la divulgación de cierta información de salud mental antes de que esta información pueda compartirse entre las entidades dentro del acuerdo de cuidados médicos organizados. A usted se le pedirá que firme una autorización para permitir que



las entidades dentro del acuerdo de cuidados médicos organizados compartan cierta información de salud mental cuando sea necesario. Si tiene alguna pregunta sobre el acuerdo de cuidados médicos organizados, por favor háganos saber.

Cambios a los términos de esta notificación

Nosotros podemos cambiar los términos de esta notificación y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible en nuestra oficina cuando se solicite.

Fecha de vigencia de esta notificación

Esta notificación es vigente a partir del 1º de junio de 2017.

PP_WPCTS

Creado: 06.01.2017

Revisión: 05.19.2022



Consentimiento informado

Una terapia de salud mental, coordinación de cuidados y desarrollo de destrezas dan como resultado relaciones que funcionan debido en parte a que los derechos y responsabilidades se definen claramente para todas las partes involucradas. Como un cliente de servicios, usted tiene ciertos derechos que son importantes que entienda para poder cumplir con la meta de su bienestar. Por favor, tenga en cuenta que existen limitaciones a estos derechos. De igual manera, nosotros tenemos nuestras propias responsabilidades hacia usted como cliente.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES HACIA USTED

A. CONFIDENCIALIDAD

El cliente tiene el derecho a una confidencialidad de los servicios recibidos. Sin su consentimiento por escrito previo, esta agencia no puede divulgar su información sobre su estatus como cliente a otras personas/entidades. Bajo las disposiciones de la Ley sobre Información de Cuidados Médicos de 1992, los proveedores de esta agencia podemos hablar con otro proveedor de cuidados médicos o un miembro de su familia sobre su tratamiento sin tener un consentimiento previo en el caso de una emergencia médica o psiquiátrica. Esta agencia siempre actuará para proteger su privacidad, incluyendo cuando el cliente haya firmado un formulario para divulgar información. El cliente puede ordenar a un proveedor que comparta información con cualquier persona elegida por el cliente, y este permiso puede ser revocado en cualquier momento. Asimismo, el cliente puede solicitar que otras personas estén presentes en una sesión de terapia durante su tratamiento. Como cliente, su información se protege bajo las disposiciones de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA). Si usted recibe un tratamiento para abuso de sustancias, su privacidad está protegida por la Regulación Federal 42 CFR Parte 2.

Las siguientes son excepciones legales al derecho de confidencialidad del cliente. El cliente será informado si estas excepciones se han utilizado.

1. Si tenemos una buena razón para creer que usted va a lastimar a otra persona, nosotros debemos intentar informar a esa persona y advertirle sobre sus intenciones. También debemos contactar a la policía y pedirle que proteja a su posible víctima.
2. Si tenemos una buena razón para creer que usted está abusando o descuidando a un niño o adulto vulnerable, o si usted da información sobre otra persona que lo está haciendo, debemos informar a los Servicios de Protección de Menores dentro de 48 horas y a los Servicios de Protección de Adultos inmediatamente.
3. Si creemos que usted está en peligro inminente de lastimarse a sí mismo(a), podríamos legalmente romper la confidencialidad y llamar a la policía o el equipo para crisis del condado correspondiente. No tenemos la obligación de hacer esto y hablaríamos con usted sobre otras opciones antes de tomar este paso. Si hasta este punto usted no está dispuesto(a) a tomar los pasos para garantizar su seguridad, podríamos llamar el equipo para crisis del condado correspondiente.

B. MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Nosotros mantenemos registros breves sobre cada sesión, anotando la fecha de la reunión, temas cubiertos, progreso desde la perspectiva del cliente, intervenciones usadas, impresiones del terapeuta y del profesional para desarrollo de destrezas, y metas de tratamiento futuras. Nuestros registros se mantienen de una manera segura y



privada para que solamente las partes involucradas apropiadas tengan acceso a éstos, de conformidad con HIPAA y los requerimientos de 42 CFR Parte 2.

C. DIAGNÓSTICO

Si un tercero como una compañía de seguros está pagando por una parte de la factura del cliente, esta agencia tiene requerido dar un diagnóstico a ese tercero para ser pagado. Los diagnósticos son la terminología clínica para describir la naturaleza de sus necesidades, y podrían incluir una descripción de si dichas necesidades son de corto o largo plazo. Un cliente tiene el derecho de conocer el diagnóstico declarado por un proveedor y la naturaleza de ese diagnóstico.

D. OTROS DERECHOS

Usted tiene el derecho de hacer preguntas sobre todo lo que ocurre durante su tratamiento. Los proveedores de esta agencia siempre están disponibles para discutir cómo y por qué se toman las decisiones relacionadas con su tratamiento. Asimismo, los proveedores están dispuestos a considerar métodos alternativos para el tratamiento sugeridos por el cliente. Los clientes tienen el derecho de pedir información sobre el entrenamiento y acreditaciones de los proveedores de esta agencia. Si un cliente decide que esta agencia no es la más adecuada para sus necesidades, el cliente puede solicitar una referencia a otra agencia sin un maltrato y con toda la cooperación del proveedor. El cliente tiene la libertad de dejar los servicios en cualquier momento, aunque recomendamos que los proveedores reciban una notificación previa para tener un mayor éxito en la conclusión del tratamiento y los cuidados posteriores.

QUEJAS / RECLAMOS

Una política de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC es tener establecido un sistema abierto, rápido y receptivo para que los clientes presenten una queja sin una intimidación o represalia. Si usted tiene una inquietud o queja sobre los servicios provistos por esta agencia, haremos los esfuerzos razonables para llegar a una resolución que sea aceptable para todas las partes involucradas. Usted puede contactar a cualquier proveedor de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC para pedir un formulario de reclamos oficial. Todos los reclamos serán abordados por la oficial de privacidad Molly Griffith, BS, QMHA en 14355 SW Allen Blvd, Suite 150 Beaverton, OR 97005, 503.828.3338 (teléfono), 503.828.3401 (fax).

SUS RESPONSABILIDADES

Estoy de acuerdo en promover la seguridad y el bienestar mientras reciba los servicios de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, y trataré a otras personas con respeto. Además, mientras me encuentre en las instalaciones de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC:

- No llevaré conmigo armas de fuego o de otro tipo.
- No voy a usar una violencia física, amenazar o insultar a otras personas o demostrar un comportamiento amenazante o insultante.
- No demostraré un comportamiento o gestos sexuales inapropiados.
- No voy a usar o poseer bebidas alcohólicas u otras sustancias que alteran el ánimo, incluyendo inhalantes o vapores tóxicos.
- No usaré los productos del tabaco, incluyendo dispositivos de vapeo, en el interior o dentro de 10 pies de las instalaciones de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC.



También entiendo que debo participar activamente en mi tratamiento y estoy de acuerdo en cumplir con las reglas y expectativas establecidas por Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC.

Voluntariamente doy mi consentimiento informado para recibir servicios de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC por seis meses a partir de esta fecha o hasta que termine el tratamiento, lo que ocurra más tarde.

InformedConsent_WPCTS

Creado: 06.01.2017

Revisión: 05.19.2022



Exención de responsabilidades

Yo libero a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, sus agentes, empleados y contratistas, de cualquier y toda responsabilidad que podría resultar de:

- Un accidente o incidente que podría ocasionar una lesión a mi persona o a cualquiera y todos mis hijos registrados conmigo para recibir un tratamiento en Wolf Pack
- Cualquier y toda responsabilidad en caso de que una propiedad que me pertenece sea dejada o dañada en Wolf Pack

Entiendo que Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, sus agentes, empleados y contratistas:

- Están aquí para ayudarme y también ayudar a cualquiera y todos mis hijos registrados conmigo para recibir un tratamiento para lograr un bienestar
- No hay una garantía de obtener cualquier resultado en particular con el tratamiento
- El proceso terapéutico puede ser difícil e incómodo en ocasiones
- Estoy de acuerdo en discutir esto con los profesionales de terapia con los que yo y/o mi familia estamos trabajando, o discutir esto con el director clínico si en cualquier momento este proceso llegara a sentirse demasiado difícil para trabajarlo.

Este acuerdo debe permanecer vigente hasta que yo sea dado(a) de alta del tratamiento con Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC.



Declaración de derechos del cliente

Como persona recibiendo servicios de salud mental, usted tiene el derecho de:

- Ser tratado(a) con dignidad y respeto.
- Escoger entre los servicios y apoyos disponibles que sean consistentes con el plan de servicios, culturalmente sensibles, provistos en el entorno más integrado en la comunidad, bajo condiciones que sean las menos restrictivas a la libertad del individuo, que sean las menos intrusivas para el individuo y que provean el más alto nivel de independencia.
- Hacer preguntas y recibir respuestas claras sobre los servicios.
- Participar en el desarrollo de un plan de servicios escrito, recibir servicios que sean consistentes con el plan y participar en revisiones y reevaluaciones periódicas de las necesidades de servicios y apoyos, asistir en el desarrollo del plan y recibir una copia del plan de servicios escrito.
- Solicitar cambios en el tratamiento o servicios.
- Hacer una declaración para un tratamiento de salud mental si es legalmente un adulto.
- Tener acceso a los servicios prestados por otros compañeros (*peers*).
- Recibir un tratamiento en el entorno menos restrictivo que provea la mayor libertad apropiada para sus necesidades de tratamiento.
- Ser informado(a) sobre las reglas que resultarán en su salida de un programa si son violadas.
- Ser informado(a) sobre las políticas y procedimientos, acuerdos de servicios y tarifas aplicables para servicios prestados, y tener la asistencia de un padre con la custodia, tutor legal o representante para entender cualquier información presentada.
- Participar completamente en las decisiones sobre su salida de un programa y recibir una notificación por anticipado sobre la salida propuesta, a menos que su comportamiento amenace el bienestar de otra persona.
- Tener todos los servicios explicados, incluyendo los resultados esperados y los posibles riesgos.
- Permitir que su familia o tutor legal participe en su tratamiento o rechazar la participación de la familia en su tratamiento, si así lo decide.
- Dar un consentimiento informado por escrito antes de comenzar los servicios, excepto en un caso de emergencia médica o cuando las leyes permitan lo contrario. Los menores de edad pueden dar un consentimiento informado en las circunstancias siguientes:
 - Menores de 18 años que están legalmente casados
 - Menores de 16 años o mayores y que fueron legalmente emancipados por una corte
 - Menores de 14 años o mayores para recibir solamente servicios de pacientes externos. Para propósitos de un consentimiento informado, los servicios de pacientes externos no incluyen servicios provistos en programas residenciales o programas de hospitalización parcial.
- No ser sujeto(a) a un abuso verbal, físico, sexual, emocional o financiero, un trato duro o injusto.
- Negarse a participar en una experimentación.
- Recibir los medicamentos específicos a sus necesidades clínicas diagnosticadas, incluyendo los medicamentos usados para tratar una dependencia de opioides.
- Recibir una notificación por anticipado sobre una transferencia, a menos que las circunstancias requiriendo la transferencia representan una amenaza para la salud y seguridad.
- Estar libre de una reclusión y restricciones físicas.



- Ser informado(a) sobre sus derechos garantizados al comienzo de los servicios y periódicamente después de esto.
- Presentar quejas, hacer que sean escuchadas, obtener una respuesta con prontitud y no recibir una amenaza o maltrato como resultado de presentar una queja.
- Presentar un reclamo si usted no está satisfecho(a) con la respuesta a una queja, incluyendo una apelación de las decisiones que resultaron del reclamo.
- Recibir la asistencia de una persona defensora de su elección; por ejemplo, un miembro de la familia, amigo, manejador de casos, miembro de un comité para la defensa del consumidor, organización, etc.
- Inspeccionar su expediente de servicios, de conformidad con ORS 179.505.
- Recibir una confidencialidad y decidir qué personas pueden ver su expediente, de conformidad con ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507, 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50. Las excepciones a este derecho incluyen a los siguientes:
 - Proveedores involucrados en su tratamiento de salud mental
 - Proveedores de cuidados médicos de emergencia
 - Un abogado representándole a usted en una audiencia de internación
 - Una corte
 - Aquellas personas realizando una revisión del programa o utilización
 - Terceras personas pagando por su tratamiento

Estas terceras personas solamente pueden ver la información que necesitan para el propósito solicitado específico.

- No ser objeto de una discriminación por motivos de raza, grupo étnico, edad, género, religión, orientación espiritual, nacionalidad, estatus de ciudadanía, orientación sexual, discapacidad, estatus de veterano o estado civil.
- Estar libre de un abuso o descuido y de reportar cualquier incidente de abuso o descuido sin recibir represalias.
- Recibir estándares de una práctica culturalmente relevante que sean realizados con un comportamiento culturalmente sensible.
- Ejercitar todos los derechos descritos en esta regla sin recibir ninguna forma de represalia o castigo.
- Ejercitar todos los derechos establecidos en ORS 109.610 hasta 109.697, si el cliente individual es un menor de edad, como se define en estas reglas.
- Ejercitar todos los derechos establecidos en ORS 426.385, si usted ha sido internado(a) por una autoridad.
- Recibir información sobre sus derechos de una manera alternativa o hacer que se le expliquen o sean discutidos con usted de una manera apropiada a sus necesidades.



Acuerdo financiero

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services acepta varios métodos de pago. Los profesionales clínicos, coordinadores de admisión y el personal de facturación harán su mejor esfuerzo para obtener un reembolso de servicios a través del proveedor de seguro médico del cliente, si se tiene disponible. Si no se tiene un seguro médico disponible y el costo de los servicios es demasiado alto, Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services ofrece las opciones de una escala de tarifas variables (basada en los niveles federales de pobreza) y/o un plan de pagos. El pago de tarifas de servicios es requerido o se extenderá una factura al momento que los servicios se proporcionen, a menos que se hayan hecho otros arreglos/acuerdos.

Acuerdo para obtener un reembolso del proveedor de seguro médico:

- Estoy de acuerdo en que tengo la responsabilidad de proveer a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC con toda la información necesaria para que envíe una factura a mi compañía de seguro, incluyendo que haga una copia de mi tarjeta de seguro cuando se solicite.
- Estoy de acuerdo en que tengo la responsabilidad de cualquier copago, monto del deducible o saldo restante incurridos a mi nombre y/o el de mi hijo(a) menor que sean rechazados parcialmente o en su totalidad por mi compañía de seguro.
- Tengo la responsabilidad de notificar a mi profesional clínico o el coordinador de facturación en Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC sobre cualquier cambio en mi compañía o cobertura de seguro antes de mi próxima cita.
- Autorizo a Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC para que comparta información con terceras personas (por ejemplo, una compañía de seguro) con el propósito de procesar las solicitudes de reembolso de tarifas de servicios.

Escala de tarifas variables / Plan de pagos:

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services tiene el compromiso de asegurar que los servicios son accesibles para todos. Si la obtención de servicios crea un estrés financiero para usted porque no tiene un seguro médico o tiene un seguro médico limitado, por favor hable con su profesional clínico, el coordinador de admisión o el personal de facturación. Todos los servicios recomendados y/o solicitados serán explicados detalladamente y las tarifas de servicios serán revisadas y acordadas antes de hacerse cualquier cargo.

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services usa los niveles federales de pobreza indicados al reverso de este formulario para establecer los acuerdos de tarifas.



Nivel de pobreza	Igual o debajo del 100%	125%	150%	175%	200%	Por encima del 200%
Tamaño de la familia	Tarifa nominal (\$5)	Pago de 20%	Pago de 40%	Pago de 60%	Pago de 80%	Pago de 100%
1	0 - \$13,590	\$13,591 - \$16,989	\$16,990 - \$20,385	\$20,386 - \$23,783	\$23,784 - \$27,180	\$27,181+
2	0 - \$18,310	\$18,311 - \$22,888	\$22,889 - \$27,465	\$27,466 - \$32,043	\$32,043 - \$36,620	\$36,621+
3	0 - \$23,030	\$23,031 - \$28,788	\$28,789 - \$34,545	\$34,546 - \$40,303	\$40,304 - \$46,060	\$46,061+
4	0 - \$27,750	\$27,751 - \$34,688	\$34,689 - \$41,625	\$41,626 - \$48,563	\$48,564 - \$55,500	\$55,501+
5	0 - \$32,470	\$32,471 - \$40,588	\$40,589 - \$48,705	\$48,706 - \$56,823	\$56,824 - \$64,940	\$64,941+
6	0 - \$37,190	\$37,191 - \$46,488	\$46,489 - \$55,785	\$55,786 - \$65,083	\$65,084 - \$74,380	\$74,381+
7	0 - \$41,910	\$41,911 - \$52,388	\$52,389 - \$62,865	\$62,866 - \$73,343	\$73,344 - \$83,820	\$83,821+
8	0 - \$46,630	\$46,630 - \$58,288	\$58,289 - \$69,945	\$69,946 - \$81,603	\$81,604 - \$93,260	\$93,261+
Por cada persona adicional, agregue:	\$4,540	\$5,675	\$6,810	\$7,945	\$9,080	\$9,080

Financial_WPCTS
 Creado: 06.20.2017
 Revisión: 05.19.2022



Proceso para quejas o reclamos de usuarios de servicios/miembros de la comunidad

Política número: 1.8

Fecha de última revisión/modificación: 05.18.22

Aprobado por: Terry Ellis, LCSW

PREÁMBULO

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services valora y alienta los comentarios de los usuarios de servicios y miembros de la comunidad con respecto a los programas y prácticas de la organización. Las quejas pueden proveer oportunidades y un entendimiento que son importantes para mejorar nuestros servicios. Una queja puede definirse como una expresión de descontento o una expectativa insatisfecha. Una queja puede ser presentada por el usuario de servicios o miembro de la comunidad con un apoyo si es necesario. La queja puede relacionarse a cualquier aspecto de los programas y servicios de la organización.

POLÍTICA

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services tiene el compromiso de escuchar las quejas y reclamos del usuario de servicios o miembro de la comunidad y de responder de una manera justa, oportuna y respetuosa. Todas las quejas recibirán la debida consideración sin una represalia o discriminación. Se proveerá una asistencia lingüística para los usuarios de servicios o miembros de la comunidad que no hablen el idioma inglés.

Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services activamente informa a los usuarios de servicios y miembros de la comunidad sobre sus derechos para presentar quejas o reclamos (verbales o escritos) y de buscar una resolución. Esta información es accesible y se publica en las prácticas de privacidad de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services. Los usuarios de servicios o miembros de la comunidad que hablen idiomas diferentes a los usados en los documentos anteriores o que tengan dificultades para leer son alentados para que esta política sea explicada por un miembro del personal de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services al comenzar los servicios. Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services también asiste a todas las personas para que presenten sus quejas y busquen una resolución. Todos los procedimientos para quejas, reclamos y apelaciones serán manejados de conformidad con OAR 309-019-0215.

Todos los aspectos de una queja serán tratados de una manera confidencial. Sin embargo, si la queja involucra alegaciones de un comportamiento ilegal o inmoral, la información podría necesitar compartirse con autoridades externas.



Todas las quejas son documentadas. El mantenimiento de los expedientes de quejas es la responsabilidad de la oficial de privacidad.

ALCANCE

La política para quejas y reclamos de usuarios de servicios y miembros de la comunidad se aplica a todos los programas y servicios de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services.

PROCEDIMIENTOS

1. Notificación

- 1.1 Cada individuo o tutor legal obteniendo servicios a través de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services debe recibir y tener la oportunidad de revisar una copia escrita de la política cuando comienza a recibir servicios.
- 1.2 Esta política también estará disponible para los usuarios de servicios y miembros de la comunidad cuando lo soliciten.
- 1.3 Cada individuo o tutor legal obteniendo servicios a través de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services debe recibir un "Formulario para quejas o reclamos de usuarios de servicios/miembros de la comunidad" cuando comienza a recibir servicios y en cualquier momento cuando se solicite después de esto.
- 1.4 Una "Notificación sobre el proceso de reclamos" actualizada se mantendrá publicada en las áreas comunes en todo momento.
- 1.5 La información de contacto de los Planes de Cuidados Coordinados, la División, Derechos de Discapacidad de Oregón y la Oficina de Defensa del Gobernador será proporcionada cuando lo solicite cualquier individuo o tutor legal obteniendo servicios.

2. Presentación de reclamos y respuestas

- 2.1 La persona que recibe la queja del usuario de servicios o miembro de la comunidad debería ofrecer la oportunidad más temprana para discutir su preocupación.
- 2.1 Todas las quejas y reclamos serán remitidos y procesados por la oficial de privacidad Molly Griffith MollyG@wolfpackcts.org, 503.828.3402 (teléfono).
- 2.2 Se recomienda que la resolución del reclamo se realice y complete al nivel más bajo posible.
- 2.3 Todos los individuos, padres y tutores legales recibirán una asistencia para entender y completar el proceso de reclamo.
- 2.4 Todo individuo, padre y tutor legal recibiendo servicios puede presentar un reclamo con el proveedor, el plan de cuidados coordinados del individuo o la División.
- 2.5 Las investigaciones de reclamos serán completadas dentro de treinta días de calendario.

3. Documentación

- 3.1 Todas las quejas o reclamos serán documentados usando el *Formulario para quejas o reclamos de usuarios de servicios/miembros de la comunidad*.
- 3.2 Todas las quejas o reclamos serán documentados al momento de recibirse, incluyendo todos los pasos de



investigación y las acciones tomadas como respuesta.

3.3 Cualquier acción tomada como resultado de un reclamo justificado será documentada dentro de tres días laborales.

3.4 El expediente del reclamo (incluyendo toda la documentación, correspondencia, resolución y seguimiento) se mantiene por separado de los registros del usuario de servicios o el expediente del miembro de la comunidad y recibe un mantenimiento por la oficial de privacidad.

3.5 Un registro de la queja estará disponible para el reclamante cuando lo solicite, excepto en el caso de que la confidencialidad de otro usuario de servicios o miembro de la comunidad sea violada.

3.6 Estos registros serán retenidos por el mismo periodo de tiempo que el registro del cliente o miembro de la comunidad.

4. Revisión & revisión expedita

4.1 Desde el momento en que un administrador toma la llamada de un usuario de servicios o miembro de la comunidad, o llama a un reclamante en relación con una queja, debe ofrecerse una reunión entre el administrador y el reclamante dentro de cinco días laborales.

4.2 Una carta debe ser enviada al usuario de servicios o miembro de la comunidad dentro de dos semanas de la reunión. El director es informado sobre la queja y la resolución o la falta de resolución.

4.3 En situaciones donde el asunto del reclamo es probable que ocasione un daño al individuo antes de que los procedimientos del reclamo se completen, el individuo o tutor legal del individuo puede solicitar una revisión expedita dentro de 48 horas de recibido el reclamo. La respuesta por escrito debe incluir una información sobre el proceso de apelación.

5. No represalias

5.1 Un reclamante, testigo o miembro del personal de un proveedor no puede ser objeto de una represalia por el proveedor por hacer un reporte, ser entrevistado sobre un reclamo o participar como testigo. Una represalia puede incluir, aunque no se limita a, un despido o acoso, reducción de servicios, sueldos o beneficios, o basar un servicio o una revisión de desempeño en la acción.

5.2 El reclamante es inmune a cualquier responsabilidad civil o criminal con respecto a la elaboración o el contenido de un reclamo hecho de buena fe.

6. Apelaciones

6.1 Los individuos y sus tutores legales pueden apelar una admisión, transferencia y decisiones de reclamos de la siguiente manera:

- a) Si un individuo o tutor legal no está satisfecho con la decisión, el individuo o tutor legal puede presentar una apelación por escrito dentro de diez días laborales de la fecha de la respuesta a un reclamo o la notificación de una negación de servicios por parte del administrador del programa. Esta apelación debe ser presentada ante la División;
- b) Si se solicita, el personal del programa debe estar disponible para asistir al individuo;



- c) La División debe proveer una respuesta por escrito dentro de diez días laborales después de recibida la apelación;
- d) Si el individuo o tutor legal no está satisfecho con la decisión de la apelación, puede presentar una segunda apelación por escrito dentro de diez días laborales de la fecha de la respuesta por escrito del director de la División.

6.2 Si el usuario de servicios o miembro de la comunidad no está satisfecho con la respuesta del administrador, él/ella será informado sobre el nombre y número de teléfono del director, en caso de que desee continuar con la queja.

6.3 Si se solicita, el director se reunirá con el usuario de servicios o miembro de la comunidad dentro de dos semanas de recibida la solicitud.

6.4 El director intentará resolver el problema con el usuario de servicios o miembro de la comunidad. Cualquiera que sea el resultado, el director informará al reclamante por correo no más de dos semanas después de la reunión.

GrievancePolicy_WPCTS

Creado: 05.23.2017

Revisión: 05.18.2022

Wolf Pack

Consulting and Therapeutic
Services, LLC

(p) 503.828.3338
(f) 503.828.3401
contact@wolfpackcts.org



Formulario para quejas o reclamos de usuarios de servicios/miembros de la comunidad

Información sobre el usuario de servicios o miembro de la comunidad

Nombre:
Teléfono:
Correo electrónico y/o dirección postal:

Información sobre la queja

Fecha:
Queja / Reclamo:
Soluciones buscadas por el usuario de servicios o miembro de la comunidad (Anote las soluciones buscadas por la persona presentando la queja para cada uno de los problemas indicados anteriormente)
Antecedentes de la queja / reclamo: (Descripción breve de la situación y circunstancias del cliente que ocasionaron la queja)



Acciones tomadas

Paso 1:
Fecha:
Miembro del personal involucrado:
Notas:
Próximos pasos:
Paso 2:
Fecha:
Miembro del personal involucrado:
Notas:
Próximos pasos:
Paso 3:
Fecha:
Miembro del personal involucrado:
Notas:
Próximos pasos:
Paso 4:
Fecha:
Miembro del personal involucrado:
Notas:
Próximos pasos:



Resolución final

(Describe la resolución de la queja y cualquier mejora implementada como resultado de esto)

Nombre del miembro del personal Firma

Nombre del administrador Firma

Nombre del director Firma

Fecha

GrievanceForm_WPCTS
Creado: 06.11.2017
Revisión: 05.19.2022



Oportunidad de completar una “Declaración de tratamiento de salud mental”

Es nuestra obligación legal informarle a usted que tiene la oportunidad de completar una “Declaración de tratamiento de salud mental”. La meta de esta declaración es asegurar que usted reciba el tratamiento de salud mental de su elección, en caso de que alguna vez usted se considere mentalmente incapaz de tomar dichas decisiones en el futuro.

Un documento PDF con la información e instrucciones detalladas para completar una declaración de tratamiento de salud mental legalmente obligatoria puede encontrarse por Internet en:

<https://www.oregon.gov/oha/amh/forms/declaration.pdf>

Además, una copia de papel de estas instrucciones puede proveerse para usted por Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, cuando lo solicite. Si usted tiene una discapacidad y necesita este documento en un formato alternativo, por favor llame al 503-945-9716 (voz) o 1-800-375-2863 (TTY), o también pida una asistencia para esto a cualquier miembro del personal de Wolf Pack.

Por favor, hable con su proveedor sobre la información para completar esta declaración. Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC le ayudará a completar la documentación y el proceso para llenar su declaración de tratamiento de salud mental.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y entendido la información anterior sobre una declaración de tratamiento de salud mental. Reconozco que he recibido la oportunidad de completar una declaración de tratamiento de salud mental.

Firma del cliente (14 años de edad y mayores)

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

DeclarMHT_WPCTS

Creado: 06.01.2017

Revisión: 05.19.2022

Wolf Pack

Consulting and Therapeutic
Services, LLC

(p) 503.828.3338
(f) 503.828.3401
contact@wolfpackcts.org



Oportunidad de registrarse para votar

Es nuestra obligación darle a usted la oportunidad de registrarse para votar. Usted puede registrarse para votar en Oregón por Internet en <https://secure.sos.state.or.us/orestar/vr/register.do>. También puede registrarse al imprimir, completar y enviar por correo la tarjeta de registro de votantes en <http://sos.oregon.gov/elections/Documents/SEL500.pdf>. Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC está más que dispuesto a imprimir una tarjeta de registro para usted o ayudarle a completar su registro por Internet. También tiene la opción de registrarse en persona en la oficina de elecciones del condado en su localidad.

Por favor, tome en cuenta: Los votantes que no pueden firmar debido a una discapacidad deben también completar el "Formulario para certificación de un sello de firma" (Formulario SEL-540), el cual puede también puede encontrarse por Internet en <http://sos.oregon.gov/elections/Documents/SEL540.pdf>.

Para preguntas sobre votaciones o el registro de votantes, llame a la División de Elecciones de Oregón al: 503-986-1518, TTY: 1-800-735-2900, Fax: 503-373-7414, correo electrónico: elections.sos@state.or.us.

Al firmar abajo, reconozco que he leído lo anterior y entiendo que Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC me ha dado la oportunidad de registrarme para votar. También reconozco que Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC no me ha forzado a registrarme bajo ningún partido político específico.

Firma del cliente (14 años de edad y mayores)

Fecha

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

Vote_WPCTS

Creado: 06.01.2017

Revisión: 05.19.2022

16365 NW Twin Oaks Drive Suite 200 Beaverton OR 97006

Dirección de envío: 16055 SW Walker Road #443 Beaverton OR 97006

www.wolfpackcts.org



Consentimiento para tratamiento y reconocimiento de formularios

Yo reconozco que he leído, entendido y que estoy de acuerdo con los siguientes formularios. Yo puedo obtener una copia de estos formularios cuando lo solicite.

- Prácticas de privacidad
- Consentimiento informado
- Exención de responsabilidades
- Declaración de derechos del cliente
- Acuerdo financiero
- Formulario para quejas y apelaciones
- Declaración de salud mental (adultos, 18 años de edad y mayores)
- Registro de votantes (adultos, 18 años de edad y mayores)

- He decidido recibir servicios de salud mental de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC. Mi decisión es voluntaria y entiendo que puedo terminar estos servicios en cualquier momento.
- Entiendo que durante el curso de mi tratamiento con las personas empleadas y contratadas por Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, en ocasiones yo podría hablar sobre temas de una naturaleza perturbadora.
- También entiendo que no hay ninguna garantía de que me sienta mejor después de completar el tratamiento.
- Estoy de acuerdo en participar en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado. Entiendo que mi asistencia y participación activa son esenciales para el éxito de mi tratamiento.
- Entiendo que hay ciertas circunstancias en que los proveedores de Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC podrían tener requerido recibir una supervisión. Estas circunstancias incluyen, aunque no se limitan a lo siguiente:
 - Las regulaciones de acreditación estatales podrían requerir que mi terapeuta o proveedor de servicios reciba una supervisión constante.
 - Las organizaciones de acreditación, así como también las compañías de seguros médicos, podrían requerir que mi plan de tratamiento sea revisado.
 - Los estándares de cuidados que guían a la mayoría de los profesionales de salud mental recomiendan que se obtenga una supervisión y/o consultación en situaciones de alto riesgo como amenazas y/o actos en que los clientes se dañan a sí mismo o a los demás.
 - Otras circunstancias especiales como una preparación si son citados para testificar en una corte.
- Entiendo que, si no puedo comunicarme por teléfono con mi proveedor en Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC, mi llamada será respondida tan pronto como sea posible.
- Si tengo una situación de emergencia que amenaza mi vida, yo llamaré al 911.



Yo reconozco que he leído, discutido y entendido toda la información anterior.

Nombre del cliente (por favor, use letra de molde) _____

Firma del cliente (14 años de edad y mayores)

Fecha

Firma del padre/tutor legal & relación

Fecha

Proveedor y acreditaciones

Fecha

ConsentTreat_WPCTS

Creado: 06.13.2017

Revisión: 05.19.2022

Wolf Pack

Consulting and Therapeutic
Services, LLC

(p) 503.828.3402
(f) 503.828.3401
contact@wolfpackcts.org



Autorización para usar/divulgar información médica

Nombre legal::	Nombre preferido:	Fecha de nacimiento:
----------------	-------------------	----------------------

Por este medio, autorizo a: **Wolf Pack Consulting and Therapeutic Services, LLC**
16365 NW Twin Oaks Drive Suite 200 Beaverton, OR 97006
Dirección de envío: 16055 SW Walker Road #443 Beaverton, OR 97006
503.828.3402 (office), 503.828.3401 (fax)

Para divulgar información a y/o

Para recibir información de

Persona:	Organización:
Domicilio:	
Número de teléfono:	Número de fax:
Dirección de correo electrónico:	

Específicamente, yo autorizo la divulgación/intercambio/recibo de la siguiente información:

Registros de salud mental incluyendo:

(Indique con sus iniciales)

- Información de identificación
- Registros de laboratorio
- Registros médicos & rayos X
- Registros de tratamiento de salud mental
- Evaluaciones psiquiátricas
- Notas de progreso

Registros sobre un trastorno de abuso de sustancias:

(Indique con sus iniciales)

- Información de identificación
- Registros de laboratorio/uroanálisis
- Registros médicos & rayos X
- Registros de tratamiento para abuso de sustancias
- Evaluaciones psiquiátricas
- Notas de progreso



___ Resumen de altas/transferencias

___ Resumen de altas/transferencias

___ Otro (*especifique*): _____

___ Otro (*especifique*): _____

Yo reconozco que esta información divulgada puede contener información relacionada con un tratamiento de **salud mental** que está protegida por las leyes estatales (ORS 179.505 & 192.505, 45 CFR 205.50). Específicamente, doy mi consentimiento para su divulgación.

Firma: _____

Fecha: _____

Yo reconozco que esta información divulgada puede contener una información sobre **drogas/alcohol** que está protegida por las leyes estatales y federales. [42CFR2.31, ORS 430.399(5) & 179.505]. Específicamente, doy mi consentimiento para su divulgación.

Firma: _____

Fecha: _____

Propósito de dicha divulgación: (*Seleccione todas las que apliquen*)

Planificación de tratamiento

Diagnóstico y evaluación

Referencia/consultación

Coordinar un tratamiento/servicios en curso o después de terminados.

Asuntos legales

Coordinación de cuidados

Facilitar utilización de beneficios médicos

Otro (*especifique*): _____

La persona firmando este formulario está de acuerdo y reconoce lo siguiente:

(i) **Autorización voluntaria:** Esta autorización es voluntaria. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios (según corresponda) no estará condicionado por mi firma en este formulario de autorización.

(ii) **Periodo de vigencia:** Esta autorización debe tener vigencia por un año después de firmada, a menos que se solicite una fecha de terminación específica. **Mes:** _____ **Día:** _____ **Año:** _____.

(iii) **Derecho de revocar:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, escribiendo al proveedor de cuidados médicos o entidad de cuidados médicos indicados anteriormente.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto al grado de acción ya tomada en base a esta autorización.

FIRMAS:

Cliente/Representante legal _____ Fecha: _____

Si es el representante legal, relación con el cliente: _____

ROI_WPCTS
Creado: 06.01.2017
Revisión: 05.19.2022



Formulario de historial médico

Sus respuestas en este formulario nos ayudarán a entender mejor sus preocupaciones y condiciones médicas. Si se siente incómodo(a) con alguna pregunta, no la responda. Si no puede recordar ciertos detalles, está bien responder con una aproximación.

Nombre _____ Fecha de hoy _____
 Pronombre preferido _____ Fecha de nacimiento _____
 Proveedor de cuidados médicos principal _____ Oficina o clínica: _____
 Última visita: _____ (mes) / _____ (año)

1. Historial médico personal

Por favor, indique si usted ha tenido alguno de los siguientes problemas actualmente o en el pasado.

- | | | | | | |
|------------------------|--|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad/cálculo renal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado/hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asma/enfisema | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de pulmón/neumonía | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Infección de la vejiga | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diarrea crónica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades de la piel | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | Si responde que sí, ¿a qué edad? _____ | | Embolia/derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedades venéreas/sífilis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Gonorrea/clamidia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de tiroides/bocio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Gota | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tumores/cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Úlceras (estómago o intestinos) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Reflujo gástrico (acidez) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si responde que sí a cualquiera de lo anterior, por favor explique: _____

¿Cuándo le administraron su última vacuna contra el tétano? _____

2. Historial médico familiar

Adoptado(a), historial familiar desconocido.

¿Hay alguien en su familia (incluyendo abuelos, padres, hermanos, hermanas o hijos) que ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Artritis | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer del colon/intestinos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer del seno | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Relación familiar:

Vive/falleció:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad cardíaca/angina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Embolias/derrames cerebrales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____
Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____	_____

3. Hábitos personales

Uso del tabaco

Cigarrillos: Nunca Lo dejé-Fecha _____ Fumo actualmente-Paquetes diarios ___# de años ___
 Otro tipo de tabaco Pipa Puro En polvo Masticado Vapeo
 ¿Está interesado(a) en dejarlo de usar? Sí No

Uso del alcohol

¿Bebe usted alcohol? No Sí, # promedio de bebidas por semana ___
 Si responde que no, ¿ha bebido antes? Sí No

Uso de drogas

¿Usa drogas recreativas como marihuana, cocaína, estimulantes, narcóticos, píldoras para adelgazar?
 Sí No
 ¿Ha usado alguna vez jeringas? Sí No.

Sexualidad

¿Está usted sexualmente activo(a)? Sí No No actualmente
 ¿Usa alguna protección?
 Condomes Algunas veces Siempre Nunca
 PPE Algunas veces Siempre Nunca
 Anticonceptivos Algunas veces Siempre Nunca
 Otro _____

¿Ha tenido alguna vez una enfermedad de transmisión sexual (ETS)? Sí No

Si responde que sí, por favor incluya _____

¿Cuándo fue su última prueba? _____

Ejercicio

¿Hace ejercicio con regularidad? Sí No

Si responde que sí, ¿qué tipo de ejercicio? _____

Emociones

En el pasado año, ¿ha tenido 2 semanas o más en que usted se ha sentido triste, melancólico o deprimido, o que haya perdido interés o placer en las cosas que normalmente disfruta? Sí No

4. Medicamentos

Por favor, indique todos sus medicamentos actuales, incluyendo medicamentos/suplementos que no



necesitan una receta médica:

Medicamento

Dosis/instrucciones

Medicamentos (continúe):

5. Alergias

Por favor, indique cualquier alergia o reacciones a medicamentos:

Medicamento

Reacción o efecto secundario

6. Operaciones

¿Ha tenido alguna operación? Si responde que sí, haga una lista:

Tipo de operación / Razón de la operación

Hospital / Centro

Fecha de la operación

7. Si es aplicable

total de embarazos ____ # de partos ____ # de abortos espontáneos ____ # de abortos voluntarios ____

Edad cuando tuvo su primer periodo menstrual ____

Fecha que comenzó su menstruación más reciente ____ Duración normal de su periodo menstrual ____ días

Fecha de su último Papanicolau ____

¿Ha tenido alguna vez un Papanicolau anormal? Sí No

Si responde que sí, indique la fecha y una descripción _____

¿Ha dejado de tener sus periodos menstruales? Sí No Si responde que sí, ¿cuándo? ____



- ¿Tiene ahora o ha tenido la menopausia? Sí No
- ¿Normalmente tiene problemas con lo siguiente?:
- Periodos menstruales irregulares, dolorosos o abundantes Sí No
 - Sangrado entre periodos o después de la menopausia Sí No
 - Secreción, dolor o comezón vaginal Sí No
 - Bochornos Sí No
 - Dolor o bultos en los senos Sí No

MedicalHistory_WPCTS
Creado: 09.07.2018
Revisado: 10.24.2018