



SOLICITUD/REGISTRO DE SERVICIOS

VBH #: _____

Información para el cliente

Nombre legal del cliente: _____ Nombre preferido del cliente: _____
Nombres anteriores: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
Idioma principal: Inglés Español Otro _____ Preferencia religiosa: _____

Estado civil: Casado Divorciado Viudo Soltero Separado

Raza: Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo americano Blanco
 Isleño del Pacífico o nativo de Hawái Otra raza única 2 o más razas No responde

Etnia: Dominicano No Hispano o latino No hispano ni latino No responde

Género asignado: Masculino Femenino

Identidad de género: Agénero Femenino Masculino Genderqueer No binario Transgénero Otra
 No sabe No responde

Orientación sexual: Gay/Homosexual Heterosexual Bisexual No sabe Otra No responde

Pronombres: Ella/De ella Él/De él Ellos/Ellas/De ellos/De ellas Otro No responde

Actualmente en EE. UU. Militar: Sí No

Experiencia previa en EE. UU. Militar: Sí No

¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

Información del padre, la madre (si el cliente es un menor), el tutor o el cónyuge ¿Es el cliente un menor? Sí No

Nombre del padre/madre/tutor/cónyuge: _____
Fecha de nacimiento: _____ SS: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia

Pariente más cercano:

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Otro contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Seguro ¿Tiene seguro? Sí No

Nombre del seguro: _____ Teléfono: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Número de identificación del suscriptor (póliza): _____ Relación con el cliente: _____

Médico de atención primaria ¿Tiene un médico de atención primaria?: Sí No

Nombre: _____ Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono consultorio: _____

Fuente de referencia _____ Familia _____ Amigo _____ Hospital _____ Otro: _____

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Reconocimientos

- Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Valley
- Recibí una copia de los Derechos y responsabilidades del cliente de Valley
- Recibí una copia del folleto de Directiva de Atención Anticipada
 Tengo una Directiva de Atención Anticipada No tengo una Directiva de Atención Anticipada
- Yo: Solicitaré una copia del Manual de Medicaid Descargaré una copia del Manual de Medicaid
- Entiendo que todos los medicamentos que Valley les entrega a los clientes a través del control de medicamentos son surtidos por ValleyRx o transferidos a ValleyRx.
- Entiendo que si me dejan en monitoreo de medicamentos como parte de mi tratamiento, todos los medicamentos recetados de todos los proveedores que no pertenezcan a Valley deben entregarse a Valley para que los controle, y Valley asume la responsabilidad final de las resurtidos de medicamentos. Si mi tratamiento no incluye monitorización de medicamentos, soy responsable de todas las renovaciones de medicamentos que no sean recetados por Valley.
- Entiendo que no se me han hecho promesas en cuanto a los resultados del tratamiento o de cualquier procedimiento proporcionado por Valley Behavioral Health.
- Entiendo que si tengo una queja, tengo derecho a presentar una queja ante el Defensor del cliente de Valley 801-263-7135 y/o al departamento de licencias del DHS 801-538-4242/ dhslicensing@utah.gov.

_____ (iniciales) Acepto y entiendo los reconocimientos. anteriores

_____ (inicial) **Abuso o violencia:** Reconozco y entiendo que Valley puede tener la obligación legal de informar o hacer referencias en casos de abuso de niños y adultos mayores o adultos vulnerables a las agencias gubernamentales o policiales correspondientes y, además, que Valley puede tener la obligación legal de informar o hacer remisiones en casos de violencia familiar o amenazas de delitos a las agencias gubernamentales o policiales correspondientes. Además, doy mi consentimiento para tales informes y/o referencias por parte de Valley.

Además, doy mi consentimiento y acepto que cualquier firma electrónica mía es válida y ejecutable como si hubiera firmado en persona.

Certifico que entiendo la información anterior y que es exacta y completa.

Firma del cliente o del representante legal

Fecha

Nombre impreso del cliente o del representante legal

Relación con el cliente



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del cliente: _____

VBH #: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CONSENTIMIENTOS/AUTORIZACIONES

Sí No Consiento voluntariamente (o brindo voluntariamente consentimiento para mi hijo o la persona de la que soy legalmente responsable) para recibir tratamiento de Valley Behavioral Health. Completé el formulario de solicitud/registro y revisé la declaración de prácticas de privacidad y el acuerdo de tarifas. Entiendo completamente estos documentos y acepto sus términos.

Sí No Entiendo que puedo suspender mi tratamiento con Valley Behavioral Health en cualquier momento. De lo único que seré responsable es de pagar los servicios que ya he recibido. Entiendo que puedo perder otros servicios o tener que lidiar con otros problemas si interrumpo el tratamiento (por ejemplo, si mi tratamiento ha sido ordenado por un tribunal, tendré que responder ante el tribunal).

Sí No Autorizo a Valley Behavioral Health a usar mi foto como parte de mi historial médico electrónico. Las imágenes se almacenarán en un lugar seguro y solo el personal autorizado tendrá acceso a ellas.

Sí No **Atención de emergencia médica:** Doy mi consentimiento para recibir primeros auxilios y tratamiento médico de emergencia. Este consentimiento se aplicaría si tengo un accidente, lesión, enfermedad u otra emergencia médica. Entiendo que esto se aplica solo durante el tratamiento con Valley Behavioral Health (Valley). Esto también se aplica a los menores admitidos por un padre o tutor.

Sí No **Comunicación electrónica:** Doy mi consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas del personal de Valley por correo electrónico y/o mensajes de texto con respecto a mi atención médica y tratamiento, incluidas las comunicaciones sobre mis recetas, citas y facturación. Entiendo que existe el riesgo de que la comunicación electrónica sea interceptada por terceros o transmitida a terceros no deseados. Entiendo que cualquier comunicación por correo electrónico o mensaje de texto entre Valley y yo con respecto a mi atención médica y tratamiento puede imprimirse y formar parte de mi historial médico. Entiendo que en una situación urgente o de emergencia, no debo confiar en la comunicación electrónica y llamar a mi proveedor o ir a la sala de urgencias. Además, doy mi consentimiento y acepto que cualquier firma electrónica mía es válida y ejecutable como si hubiera firmado en persona.

Sí No **Tratamiento:** Doy mi consentimiento para el tratamiento y las pruebas/evaluaciones de Valley, ya sea en persona o a través de Telesalud. Entiendo que las pruebas incluyen, pero no se limitan a, pruebas intelectuales, cognitivas, de desarrollo y funcionales. Entiendo que se pueden requerir más consentimientos informados a medida que avanzan las necesidades del tratamiento.

Sí No **Tratamiento:** Doy mi consentimiento para que se me extraiga sangre, se analicen muestras de orina y/u otras pruebas de muestras si así lo solicita mi proveedor. Entiendo que se pueden requerir más consentimientos informados a medida que avanzan las necesidades del tratamiento.

Sí No **Proveedor de atención primaria:** Autorizo la divulgación de la información de mi tratamiento a mi proveedor de atención médica primaria a los efectos de la continuidad de la atención.

_____ (iniciales) Si tengo diagnósticos de consumo de sustancias, entiendo que debo completar el formulario Divulgación de información para divulgar esos registros específicos.

Sí No **Transferencia/Alta de Valley:** Autorizo la divulgación de mi información de tratamiento en caso de que me den de alta o me transfieran de los servicios de Valley al médico y/o programa receptor con el fin de continuar con la atención.

_____ (iniciales) Si tengo diagnósticos de consumo de sustancias, entiendo que debo completar el formulario Divulgación de información para divulgar esos registros específicos.

Certifico que he leído el Consentimiento para el Tratamiento anterior y que entiendo completamente y estoy de acuerdo con sus términos. Entiendo que este consentimiento es válido por un año y tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento y por cualquier motivo.

Además, doy mi consentimiento y acepto que cualquier firma electrónica mía es válida y ejecutable como si hubiera firmado en persona.

Además, entiendo que se me pedirá consentimiento y volver a firmar anualmente.

Firma del cliente o del representante legal

Fecha

Nombre impreso del cliente o del representante legal

Relación con el cliente

ACUERDO DE TARIFAS AL CLIENTE

Fecha en vigor de la tarifa:	N.º de cliente:	N.º de unidad:	Fecha de nacimiento:
Nombre del cliente:		SSN:	
Dirección:		Correo electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono casa:	Celular:	Seguro:	

AL FIRMAR ESTA PÁGINA, ACEPTO LA SIGUIENTE CESIÓN DE PRESTACIONES:

- Soy un cliente con financiamiento del condado o no tengo financiamiento Sí No
 - En caso afirmativo, acepto pagar la tarifa o el copago correspondiente según una escala móvil de honorarios basada en una verificación de mis ingresos y en mis dependientes actuales para servicios clínicos. Esta tarifa se aplica a los servicios ambulatorios o residenciales.
- Los miembros de Medicaid no tienen que pagar por los servicios cubiertos que reciben cuando tienen cobertura de Medicaid.
- Acepto la responsabilidad de los pagos por todos los servicios recibidos. Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este arreglo es parte del contrato de Valley con su compañía de seguros.
- Entiendo que es posible que mi seguro no cubra todos los servicios prestados y que se espera que pague todos los servicios no cubiertos a las tarifas de pago por cuenta propia.
- Entiendo que Valley facturará a mi seguro médico u otro pagador el costo total de los servicios de todos los tratamientos y los servicios cubiertos que reciba.
- Entiendo que se espera que pague una tarifa de pago por cuenta propia con descuento por los servicios prestados cuando decida no usar mi seguro u otros fondos.
- Entiendo que debo notificar a Valley de cualquier cambio en mi seguro o cobertura, y que al no hacerlo, seré responsable de la tarifa de pago por cuenta propia de todos los servicios prestados.
- Entiendo que si mi seguro termina y no estoy cubierto en la fecha del servicio, se me cobrarán tarifas de pago por cuenta propia por todos los servicios prestados.
- Acepto enviar a Valley todos los pagos del seguro o de terceros pagadores que reciba directamente, y que si no lo hago, seré responsable de dichos pagos.
- Entiendo que se cobrará un cargo por servicio de \$ 25.00 por cada cheque devuelto.
- Entiendo que después de 90 días de falta de pago, Valley tiene el derecho de negarse a prestar servicios adicionales y a enviar mi cuenta a una agencia de cobranza para su resolución.
- Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza, entiendo que soy responsable de todos los costos, incluidas las presentaciones judiciales, los honorarios del agente de policía, los honorarios de abogados y los intereses acumulados a la tasa legal sobre el saldo pendiente de pago hasta que el saldo se PAGUE EN SU TOTALIDAD.

EXENCIÓN DE NEW CHOICES (SI CORRESPONDE)

- Yo y/o la persona que designe aceptamos lo siguiente con respecto a los pagos de mi responsabilidad de Medicaid:

Reglas y regulaciones de Medicaid:

- Entiendo que soy responsable de seguir siendo elegible financieramente para Medicaid. Soy responsable de pagar la responsabilidad de Medicaid, si corresponde, al Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral cada mes para cumplir con las reglas y regulaciones de Medicaid.
- Entiendo que la cantidad que pago está determinada por la información que le he dado a mi trabajador del Departamento de Servicios Laborales de Medicaid.



ACUERDO DE TARIFAS AL CLIENTE

- Entiendo que no pagar este monto puede resultar en la pérdida de beneficios y es posible que me den de baja de FlexCare y del Programa de exención de Medicaid New Choices.
- Al firmar como Designado Financiero, junto con este acuerdo completo, también acepto que ayudaré a este cliente de Exención de New Choices a notificar a Medicaid de todos los cambios financieros o aplicables de otro modo y ayudaré al cliente a seguir siendo elegible para Medicaid durante las revisiones anuales y cualquier documentación necesaria para las verificaciones durante todo el año.
- También entiendo que soy responsable de lo siguiente mientras esté en el Programa de exención de New Choices:
 - Entiendo que soy responsable de pagar mi habitación y comida a la instalación en la que resido.
 - Entiendo que seré responsable financieramente de los artículos no cubiertos por Medicaid, como los productos farmacéuticos de venta libre, los copagos en las citas médicas y las estadías en el hospital, y los artículos utilizados que pueden no estar incluidos en el acuerdo de habitación y comida.
- Certifico que la información anterior es precisa y completa. Acepto pagar el costo total de los servicios si debo cancelar mi inscripción en el Programa de exención de Medicaid de New Choices. Acepto notificar a mi trabajador del Departamento de Servicios Laborales de Medicaid sobre todos y cada uno de los cambios en mis ingresos, incluidas las deducciones médicas y/o las primas de seguro.

AUTORIZACIONES

- Autorizo a mi compañía de seguros o a un tercero pagador a realizar pagos, que de otro modo me serían pagaderos, directamente a Valley. En el caso de que los beneficios pagados superen el costo total de los servicios, Valley será responsable de emitir un reembolso.
- Autorizo a Valley a preautorizar con mi compañía de seguros y a apelar en mi nombre cualquier decisión tomada por la compañía de seguros con respecto al pago.
- Autorizo a Valley a divulgar información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a mi compañía de seguros o a cualquier entidad responsable del pago de mi tratamiento, para obtener el reembolso.

Este acuerdo de tarifas cubre todos los servicios prestados por Valley Behavioral Health, incluida la salud mental y el abuso de sustancias.

Certifico que la información anterior es precisa y completa.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del representante autorizado: _____ Relación: _____

Firma del representante de Valley: _____ Fecha: _____