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