



FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

PRIMER NOMBRE LEGAL	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO LEGAL	APODO	FDN	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
TELÉFONO LOCAL	TELÉFONO DE CONTACTO DURANTE EL DÍA	TELÉFONO CELULAR	MEJOR NÚMERO PARA CONTACTARLO <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> DURANTE EL DÍA <input type="checkbox"/> CELULAR		
CORREO ELECTRÓNICO		Número de seguro social	EMPLEADOR	UBICACIÓN DEL SERVICIO	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO					

PARTE RESPONSABLE

<input type="checkbox"/> MI PERSONA <input type="checkbox"/> PADRE (PADRE DEL NIÑO) <input type="checkbox"/> MADRE (MADRE DEL NIÑO) <input type="checkbox"/> CÓNYUGE (ÚNICO CONTACTO) <input type="checkbox"/> TUTOR LEGAL (TUTOR LEGAL DEL NIÑO)					
---	--	--	--	--	--

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR LEGAL			RELACIÓN CON EL CONSUMIDOR		
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NÚMERO PRINCIPAL	EMPLEADOR			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR LEGAL			RELACIÓN CON EL CONSUMIDOR		
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
NÚMERO PRINCIPAL	EMPLEADOR			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO	RELACIÓN CON EL CONSUMIDOR	NÚMERO PRINCIPAL
-----------------	----------------------------	------------------

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA UNIDAD FAMILIAR

ORIGEN ÉTNICO:	<input type="checkbox"/> PUERTORRIQUEÑO	<input type="checkbox"/> MEXICANO	<input type="checkbox"/> CUBANO
	<input type="checkbox"/> OTRO HISPANO/LATINO		<input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO
	<input type="checkbox"/> ORIGEN LATINO DESCONOCIDO		<input type="checkbox"/> RECHAZAR RESPUESTA
RAZA:	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO	<input type="checkbox"/> AFROAMERICANO/NEGRO
	<input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO	<input type="checkbox"/> CAUCÁSICO	<input type="checkbox"/> RECHAZAR RESPUESTA

CANTIDAD TOTAL DE LA UNIDAD FAMILIAR, INCLUIDA SU PERSONA:
INGRESO ANUAL DE LA UNIDAD FAMILIAR: EN DÓLARES
CANTIDAD QUE PAGÓ POR LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL EL AÑO PASADO: EN DÓLARES
CANTIDAD QUE PAGÓ POR LOS SERVICIOS PARA COMBATIR ADICCIONES/PROBLEMAS CON APUESTAS EL AÑO PASADO: EN DÓLARES

EVALUACIÓN MÉDICA INDIVIDUAL/FAMILIAR

¿Usted o un familiar cercano ha sido **DIAGNOSTICADO** o **TRATADO** por alguno de los siguientes motivos? A continuación, marque lo que corresponda.

	Consumidor	Familiar		Consumidor	Familiar		Consumidor	Familiar
Alergias			Traumatismo o contusión cerebral			Enfermedad muscular		
Asma			Dolores de cabeza o migraña			Enfermedad neuronal o cerebral		
Hemopatía			Impedimentos de audición			Obesidad		
Enfermedad de huesos/articulaciones			Enfermedad del corazón			Discapacidad física		
Cáncer			Hepatitis			Infecciones reincidentes		
Dolor crónico			Hipertensión arterial			Enfermedad de reflujo gástrico		
Enfermedad del colon			Colesterol alto			Convulsiones		
Diabetes			Períodos menstruales irregulares			Enfermedad de la piel		
Enfermedad endocrina			Enfermedad renal			Impedimentos del habla		
Fibromialgia			Enfermedad hepática			Enfermedad de la tiroides		
Problemas gastrointestinales o estomacales			Neuropatía o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			Impedimentos de la visión		

Otras condiciones: _____

Nombre del/de los medicamento(s) actual(es), dosis y frecuencia: _____

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Indique Sí o No para la persona a quien se evalúa hoy.	Sí	No
¿Ha perdido o aumentado más de quince (15) libras en los últimos tres (3) meses sin esfuerzo?		
¿Le preocupa tener sobrepeso o bajo peso, o le han dicho que está con sobrepeso o bajo de peso?		
¿Se le dificulta tragar, masticar o tiene problemas con su boca que interfieren con la función de comer?		
¿Algún proveedor de salud le ha pedido que siga una dieta especial, pero tiene dificultades para cumplirla?		
¿Tiene alergias a alimentos que le dificultan mantener una alimentación sana?		
¿Tiene problemas de atracones de comida o purgas?		
Si respondió "Sí" en alguna de estas preguntas, explique:		

EVALUACIÓN DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Indique Sí o No para la persona a quien se evalúa hoy.	Sí	No
¿Alguna vez le han hecho pruebas para detectar tuberculosis (TB)?		
Si respondió "Sí" a la pregunta n.º 1, ¿cuál fue el resultado de la prueba de TB?		
¿Ha sufrido uno o más de los siguientes síntomas: tos prolongada, tos con sangre, pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre o fatiga excesiva?		
¿Ha estado muy cerca de alguna persona con TB, ha tenido períodos de mendicidad, ha estado internado en la cárcel, en un refugio, una casa de reposo, o ha vivido o visitado un área de la que se sepa presenta un alto riesgo de TB durante más de un mes?		
¿Alguna vez le han hecho pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) o virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)?		
¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas?		
¿Alguna vez le han hecho pruebas para detectar hepatitis A (Hep A)?		
¿Alguna vez le han hecho pruebas para detectar hepatitis B (Hep B)?		
¿Alguna vez le han hecho pruebas para detectar hepatitis C (Hep C)?		
Si respondió "Sí" en alguna de estas preguntas, explique:		

EVALUACIÓN FÍSICA

EVALUACIÓN DE SALUD POR EMBARAZO (si corresponde)

Indique Sí o No para la persona a quien se evalúa hoy.	Sí	No	N/A
¿Está embarazada en la actualidad?			
Comentarios:			

VACUNAS

Indique Sí o No para la persona a quien se evalúa hoy.	Sí	No
Solo para jóvenes		
¿Te han aplicado todas las vacunas requeridas por el Departamento de Salud del Estado de Indiana para asistir a la escuela?		
Para obtener información sobre las vacunas obligatorias o recomendadas para asistir a la escuela, haz clic en el siguiente enlace: Vacunas escolares obligatorias y recomendadas en Indiana 2022-2023		
¿Has recibido la vacuna anual recomendada contra la influenza (gripe) y las vacunas y refuerzos recomendados contra la COVID?		
Solo para adultos		
¿Está al día con todas las vacunas recomendadas para adultos, incluida la vacuna anual contra la influenza (gripe) y las vacunas y refuerzos recomendados contra la COVID?		
Para obtener información sobre las vacunas obligatorias o recomendadas, haga clic en el enlace: Esquema de vacunación recomendado para adultos		
Comentarios:		

EVALUACIÓN DE SALUD ADICIONAL

Indique Sí o No para la persona a quien se evalúa hoy.	Sí	No
¿Tiene actualmente un médico de cabecera o médico de cuidados primarios (Primary Care Physician, PCP)?		
Nombre del médico de cabecera/médico de cuidados primarios		
¿Ha pasado más de un (1) año desde su último examen físico? Si es así, ¿cuándo fue?		
¿Ha notado si tiene sed excesiva o si orina demasiado?		
¿Tiene heridas abiertas en la piel o llagas que no parecen sanar?		
¿Se ha visto con falta de aire o con dolor de pecho si hace poca actividad?		
¿Tiene visión nublada, mareo o dolores de cabeza severos y persistentes sin que se sepa la causa?		
¿Sufre de algún dolor en la actualidad?		
¿Ha tenido dolor en los últimos dos (2) meses?		
Si la respuesta es "Sí", explique qué le duele en la actualidad:		

EVALUACIÓN FÍSICA

EVALUACIÓN DE SALUD ADICIONAL (continuación)

Indique Sí o No para la persona a quien se evalúa hoy.	Sí	No
¿Cuenta actualmente con un dentista o proveedor dental?		
Nombre del dentista/proveedor dental:		
¿Ha tenido algún examen dental en los últimos seis (6) meses?		
Solo para adultos: ¿Participa en alguna actividad que eleve su ritmo cardíaco y haga que sus músculos trabajen más de lo habitual al menos veinte (20) minutos al día, dos (2) veces por semana?		
Solo para jóvenes: ¿Participas en alguna actividad física en la que notes que tu ritmo cardíaco aumenta al menos una (1) hora al día, tres (3) veces por semana? Preadolescente/adolescente: ¿Participas en actividades que hacen que tus músculos se fortalezcan o trabajen más de lo habitual?		
Comentarios:		

Firma del consumidor/tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del consumidor: _____ N.º _____



CUESTIONARIO DE SALUD PERSONAL
ESCALA DE DEPRESIÓN (PHQ-9)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad	Casi todos los días
1. Poco interés o placer al hacer las cosas.				
2. Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanzas.				
3. Ha tenido dificultad para dormir o duerme demasiado.				
4. Se ha sentido cansado o con poca energía.				
5. Con poco apetito o come en exceso.				
6. Se ha sentido mal consigo mismo.				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse.				
8. Se mueve o habla con lentitud o está inquieto.				
9. Ha pensado que estaría mejor muerto o en lastimarse a sí mismo.				

Si marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas a causa de ellos?

- No ha sido difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

Puntaje total

Gravedad de la depresión	No se identificó depresión	Depresión mínima	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión moderadamente mayor	Depresión mayor



ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
(GAD-7)

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso, ansioso o inquieto.				
2. No ha podido detener o controlar su preocupación.				
3. Se ha preocupado demasiado por distintas cosas.				
4. Ha tenido dificultad para relajarse.				
5. Ha estado tan inquieto que se le hace difícil controlarse.				
6. Se ha molestado o irritado con facilidad.				
7. Ha sentido miedo como si algo terrible pudiera suceder.				

Si marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas a causa de ellos?

- No ha sido difícil
- Un poco difícil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil

Puntaje total

Gravedad de la ansiedad	No hay trastorno de ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad grave



Breve encuesta biosocial para la detección de la ludopatía (BBS)

A fin de detectar posibles casos de ludopatía, responda las siguientes preguntas.

Resumen

Las encuestas breves pueden ayudar a las personas a decidir si conviene someterse a una evaluación oficial de su comportamiento frente a los juegos de azar. Esta BBS de tres preguntas se basa en los criterios de diagnóstico de la ludopatía de la cuarta edición del «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales» (DSM-IV) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Para obtener más información, visite www.divisiononaddiction.org.

Una respuesta afirmativa a cualquier pregunta indica que quizá tiene ludopatía y que es necesario hacer otra evaluación.

1. Durante los últimos doce meses ¿se ha vuelto inquieto, irritable o ansioso al tratar de dejar total o parcialmente de apostar en juegos de azar?

Sí
No

2. Durante los últimos doce meses ¿ha tratado de evitar que su familia o amigos supieran cuánto había apostado?

Sí
No

3. Durante los últimos doce meses ¿tuvo tantos problemas financieros por los juegos de azar que tuvo que obtener ayuda de familiares o amigos o asistencia social para cubrir sus gastos básicos?

Sí
No

Nombre

Fecha de nacimiento

Teléfono

Tutor

Parentesco

Teléfono

Ubicación del servicio

Afectado/Padre o madre/Tutor

Fecha

ACUERDOS Y ACUSES DE RECIBO

Consigne sus iniciales al lado de cada acuerdo y acuse de recibo

ACUERDO FINANCIERO Y CONCESIÓN DE PRESTACIONES

Yo, _____, acepto ser financieramente responsable y pagar los servicios que me brinde Cummins Behavioral Health Systems, Inc., si dichos servicios no estuvieran cubiertos o pagados en su totalidad por el seguro. Entiendo que la ley permite que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. me cobre la cantidad que deba. Entiendo que seré responsable de cualquier costo por cobranza, incluidos, entre otros, los costos judiciales y los honorarios profesionales de abogados, de cualquier saldo vencido y pendiente de pago. Si tengo seguro médico, yo, _____, autorizo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. a que brinde toda la información pertinente, incluidos el diagnóstico, los planes de tratamiento y los comentarios de evolución relacionados con el consumo de alcohol u otras drogas, para la autorización y el pago de reclamos, a pedido de mi compañía de seguros. Entiendo que, como cliente o padre/tutor, tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento comunicando tal decisión por escrito. La negativa a firmar o la revocación de esta autorización antes del cese de la prestación de los servicios puede afectar mi idoneidad para recibir los servicios. Por la presente cedo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. todo el dinero del seguro al que tengo derecho para sufragar los gastos relativos a los servicios que me brinde Cummins Behavioral Health Systems, Inc.

ACUSE DE RECIBO DEL MANUAL DEL PACIENTE Y DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido, revisado y entendido el *Manual del Paciente* y la Política de privacidad de Cummins Behavioral Health Systems, Inc. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo se utilizará mi información. También declaro que comprendo mis derechos como receptor de los servicios que me ofrece Cummins Behavioral Health Systems, Inc.

ACEPTACIÓN DE COMUNICACIONES

Yo, _____, entiendo que recibiré comunicaciones de Cummins Behavioral Health Systems, Inc. con respecto a mis consultas médicas, estados de cuenta y tratamiento por teléfono, mensaje de texto, correo postal o correo electrónico.

(Consumer Name) Nombre del paciente: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mis iniciales junto a las declaraciones anteriores indican mi comprensión de ellas y mi acuerdo con ellas. Por la presente autorizo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. a que me preste servicios a mí o al niño/la persona de quien soy tutor. Autorizo la evaluación previa y el tratamiento que se tratarán a fondo conmigo durante la evaluación posterior. Si se trata de un menor o un adulto con tutor(es), se acuerda que dicho menor o adulto puede recibir evaluación y tratamiento sin la presencia del padre o tutor. Entiendo los riesgos y la incomodidad emocional que acarrea el proceso terapéutico y que tengo derecho a hacer preguntas a mi prestador sobre mis servicios de tratamiento en cualquier momento.

Al firmar este formulario de registro, acepto que Cummins Behavioral Health Systems, Inc. utilice fotografías o medios electrónicos con imágenes con fines de seguridad e identificación. La información se guardará de acuerdo con el Reglamento de la HIPAA y solo el personal autorizado podrá acceder a ella.

Entiendo que, como cliente o padre/tutor, tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Firma del paciente o de su tutor
(Consumer or Legal Guardian Signature)

Vínculo
(Relationship)

Fecha
(Date)

(Consumer Name) Nombre del paciente: _____

Información del consumidor: (En letra de imprenta)			
Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Número de seguro social:	Fecha de nacimiento:	
Por la presente, autorizo a Cummins Behavioral Health Systems, Inc. a: (Revise e imprima la información)			
<input type="checkbox"/> Divulgar información a: <input type="checkbox"/> Obtener información de: <input type="checkbox"/> Intercambiar verbalmente información con:			
Nombre y relación de la persona u organización:		Teléfono:	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Autorizo la divulgación de la siguiente información: (Marque todos los que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Evaluación y plan de tratamiento	<input type="checkbox"/> Notas del terapeuta sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Notas del médico sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Pruebas de detección de drogas
<input type="checkbox"/> Notas del grupo de terapia sobre el progreso	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica	<input type="checkbox"/> Lista de medicamentos	<input type="checkbox"/> Resumen de alta
<input type="checkbox"/> Notas de citas/justificativas	<input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Diagnóstico actual	<input type="checkbox"/> Notas de formación de habilidades
<input type="checkbox"/> Informes (es decir: escuela, tribunal, Departamento de Servicios Infantiles (Department of Child Services DCS), libertad condicional)		<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
Autorización de divulgación de información especial protegida:			
Si usted no desea que Cummins Behavioral Health Systems Inc. comparta información sobre el consumo de alcohol y/o sustancias, o enfermedades transmisibles, seleccione a continuación:			
a. El diagnóstico o tratamiento del consumo de alcohol o sustancias.			<input type="checkbox"/> No
b. El diagnóstico o tratamiento del SIDA, incluidos los resultados de las pruebas de VIH.			<input type="checkbox"/> No
Propósito de la divulgación: (Marque todos los que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Continuidad de la atención médica	<input type="checkbox"/> Obtener pago por los servicios	<input type="checkbox"/> Facilitar planes de tratamiento	
<input type="checkbox"/> Condición de orden del tribunal	<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad	<input type="checkbox"/> A petición del consumidor	
<input type="checkbox"/> Otro:			
Fecha de vencimiento: esta autorización vencerá en 180 días, a menos que se indique lo contrario a continuación.			
<input type="checkbox"/> Esta autorización vencerá tras la siguiente fecha o condición: _____			
<input type="checkbox"/> Esta autorización vencerá en 60 días tras el cese de los servicios de Cummins Behavioral Health Systems, Inc.			
Derecho de anulación: entiendo que tengo el derecho de anular esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si anulo esta autorización, debo hacerlo por escrito. Entiendo que la anulación no aplicará a la información divulgada anteriormente en función de esta autorización. Complete la sección de abajo para anular esta autorización de divulgar información.			
<input type="checkbox"/> Anulo esta autorización.	Fecha:	Firma:	
Notificación de divulgación posterior: he autorizado la divulgación de información sobre mi salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, entiendo que puede ser divulgada posteriormente y ya no estar protegida por Cummins Behavioral Health Systems, Inc.			
Negativa a firmar: entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, pero dicha negación podría afectar la capacidad de los proveedores de brindarme el tratamiento necesario. Al negarme a firmar esta autorización seguiré bajo tratamiento, a menos que el único motivo del tratamiento sea reunir información de salud protegida para un tercero, tal como el tratamiento ordenado por un tribunal.			
Firma del consumidor: _____		Fecha: _____	
(Los menores de edad que reciben servicios de consumo de sustancias deben firmar el formulario de autorización)			
Firma del representante legal: _____		Fecha: _____	
Al firmar el representante legal, proporcione la relación con el consumidor:			
Firma del testigo: _____			Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN
LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Cummins Behavioral Health Systems, Inc. presta servicios a niños, adolescentes y adultos mediante el uso de equipos de videoconferencia en toda la organización. Estos servicios incluyen evaluaciones iniciales, terapia individual/familiar continua, evaluaciones psiquiátricas iniciales, revisiones de medicamentos y evaluaciones de crisis.

En resumen, el proceso implica sentarse frente a una computadora/tableta con cámara en el lugar donde tendrá su cita. A través de una línea de transmisión segura, su imagen y su voz se transmitirán a otro centro clínico remoto donde el proveedor del servicio, un terapeuta, médico, enfermera, enfermera de práctica avanzada u otro personal clínico lo verá y escuchará. El proveedor registrará la información que usted le proporcione en su expediente médico electrónico. Asimismo, podrá ver y oír a la persona que realiza la evaluación. Otro miembro del personal puede acompañarle en la sala durante la cita. Puede incluir a familiares o amigos en este proceso, siempre que estén presentes las autorizaciones correspondientes. Estos servicios no se graban.

Los riesgos asociados a esta práctica incluyen:

1. Aunque se hace todo lo posible para asegurar la confidencialidad dentro de los servicios tecnológicos, no puede garantizarse.
2. En algunas circunstancias, la tecnología puede verse interrumpida, lo que obligaría a cancelar la cita.
3. Es posible que sea necesario realizar otra cita presencial con otros miembros del personal para completar la cita.

Es posible que necesite tener contacto directo con su proveedor. Puede solicitar en cualquier momento una consulta directa con su proveedor o médico. Además, puede retirar su consentimiento para este servicio en cualquier momento. Los honorarios asociados con su tratamiento no se verán afectados por este servicio.

Yo, _____, certifico que un empleado de Cummins ha revisado conmigo la Introducción a los servicios virtuales y la Lista de verificación de seguridad. Entiendo los riesgos potenciales y acepto participar en los Servicios de Telesalud proporcionados por Cummins.

Firma del consumidor o del padre/madre/tutor legal

Fecha

_____ El consentimiento de telemedicina se completó por medio de una videoconferencia o por teléfono durante la cuarentena por el coronavirus. El consumidor expresó verbalmente su comprensión y acuerdo con los términos aquí expuestos.