

# FACSIMILE

Date: \_\_\_\_\_

To: \_\_\_\_\_

Attention: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

From: Admissions and Referral Department

Youth Consents for:

If you have any questions about filling out the consents, please call.

**Please return pages**

Please do not set up transportation until the consents have been returned to Sonora and we have review them.

Thank You

\_\_\_\_\_  
Sender's initials

6050 N. Corona, Tucson, AZ 85704

**A&R Phone: 520-229-8400**

**A&R FAX: 855-236-2899 / 520-229-8419**

**E-Mail [SonoraReferrals@acadiahealthcare.com](mailto:SonoraReferrals@acadiahealthcare.com)**

The information contained in this facsimile may be confidential and/or highly privileged information intended for the use of the individual or entity named above only. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that any copying, dissemination or distribution of confidential or privileged information is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please notify us immediately by telephone and arrange for the return of the facsimile to us at the address noted. Thank you.

## CONDICIONES ADMISION/CONSENTIMIENTO ADMISION

|                 |   |
|-----------------|---|
| <hr/> Iniciales | <b>SOLICITUD DE ADMISION VOLUNTARIA</b><br>Yo solicito ser admitido como paciente al Hospital para observación diagnostica, cuidado, tratamiento, medicación, y servicios (lo cual en este documento se referirá a el Cuidado).   |
| <hr/> Iniciales | <b>CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO</b><br>Yo estoy de acuerdo con aceptar el cuidado como es ordenado por el médico del Hospital. Yo entiendo que puedo rehusar ciertos tratamiento y estoy de acuerdo con discutir mis razones con el medico que me atiende. El Hospital me ofreció la explicación, y yo consiento al tratamiento propuesto. El Hospital me explico de alternativas razonables al cuidado propuesto, así como los riesgos, beneficios, y efectos secundarios relacionados a estas alternativas, incluyendo los riesgos de rehusar cualquier tratamiento. El Hospital me indico que tengo el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, lo cual puede resultar en ser dado de alta, a menos que el Hospital tenga una obligación legal de proveer tratamiento involuntario.  |
| <hr/> Iniciales | <b>CONSENTIMIENTO DE TRASLADO PARA TRATAMIENTO</b><br>Yo autorizo a mi médico o médico que le cubre a ordenar mi traslado a otra facilidad de cuidado de salud para cuidado de emergencia, tratamiento médico, tratamiento psiquiátrico agudo, o procedimiento médico, según el médico lo considere necesario durante el tiempo que este bajo cuidado. Yo he leído, entiendo completamente este consentimiento para traslado y acepto que no procurare acción legal contra el médico, el hospital o el personal, como resultado de este traslado.   |
| <hr/> Iniciales | <b>ASIGNACION BENEFICIOS DEL SEGURO</b><br>Yo entiendo que el Hospital presenta reclamos de beneficios de salud como cortesía al paciente. Yo autorizo a mi seguro de salud (Plan de Salud) o plan de beneficios de salud a pagar al Hospital o medico directamente, el máximo de los cargos regulares por cuidado provisto. Yo entiendo y estoy de acuerdo que soy financieramente responsable al Hospital por cargos no cubiertos por Plan Médico relacionados con mi tratamiento, a menos que haya una ley aplicable que indique lo contrario. Yo irrevocablemente asigno y transfiero al Hospital todos los derechos, títulos e intereses en cualquier beneficio conforme a los términos del Plan de Salud y prometo remitir al Hospital cualquier pago que pueda recibir inadvertidamente de mi Plan de Salud por mi cuidado. Además, asigno, autorizo y transfiero al Hospital en la máxima medida permisible por ley y por cualquier Plan de Salud, el derecho y capacidad de actuar en mi beneficio: (1) en relación con cualquier reclamo, derecho, o causa de acción, incluyendo acción legal en contra del Plan de Salud, que pueda yo tener bajo el Plan de Salud (incluyendo, pero no limitada a, nombrarme como demandante en tal acción); y (2) perseguir dicho reclamo, derecho, o causa de acción en conexión con el Plan de Salud, incluyendo pero no limitado entre otros a un plan de beneficios regido por las disposiciones de la Ley Seguridad de Ingresos de Empleado Retirado ("ERISA") – según lo dispuesto en 29 CFR § 2560.5031(b)(4) – en relación con cualquier gasto incurrido como resultado del cuidado, y para reclamar por mi cualquier beneficio reclamo o reembolso relevante y cualquier otro remedio aplicable, incluyendo multas. Yo expresamente y en conocimiento, asigno y transfiero al Hospital todos los derechos, títulos e intereses en una o cualquier causa de acción que pueda tener bajo ERISA por incumplimiento del deber fiduciario o para recuperar beneficios, así como cualquier otra causa legal y/o administrativa. |
| <hr/> Iniciales | <b>RELEVO OBJETOS DE VALOR</b><br>Yo entiendo que el Hospital tiene un área para guardar de forma segura dinero y objetos de valor, no hare legalmente responsable al Hospital por la pérdida o daño de dinero, objetos de valor personal u otros artículos que estén en mi poder, a menos que se los haya entregado al Hospital para ser guardados en lugar seguro.  |
| <hr/> Iniciales | <b>DERECHO A REGISTRO</b><br>Yo estoy de acuerdo de que el Hospital registre mis pertenencias y remueva cualquier artículo que el Hospital entienda que puede ser potencialmente de daño para mi persona y para otros.  |
| <hr/> Iniciales | <b>RELEVO RESPONSABILIDAD DE EVASION</b><br>Si yo abandono el Hospital sin una orden del alta completada por mi médico o sin conocimiento del personal de supervisión del Hospital, los relevo de cualquier responsabilidad legal por cualquier situación que me ocurra a mi o mi condición como resultado de abandonar el Hospital.  |
| <hr/> Iniciales | <b>CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIA</b><br>Yo autorizo que el Hospital me tome fotografía a ser utilizada como identificación.  |

## CONDICIONES ADMISION/CONSENTIMIENTO ADMISION

|                 |  |
|-----------------|--|
| <hr/> Iniciales | <b>ENCUESTA DE SATISFACCION</b><br>El Hospital me dará Encuesta de Satisfacción al momento del alta. El Hospital no publicara mis respuestas a la encuesta de manera que se me identifique como paciente o como fuente de resultados de la encuesta. El hospital podrá comunicarse conmigo por teléfono o por escrito, para seguimiento a la encuesta, o por cualquier otro motivo posterior al alta.  |
| <hr/> Iniciales | <b>RECIBO DE NOTIFICACION NO - DISCRIMINATORIA</b><br>Yo he recibido información del Hospital sobre su política No Discriminatoria. El Hospital me ha explicado esta política en el proceso de admisión en lenguaje que pude entender.   |
| <hr/> Iniciales | <b>RECIBO DE INFORMACION DE DERECHOS DE PACIENTES Y RESPONSABILIDADES</b><br>Yo he recibido la información del Hospital sobre Derechos de Pacientes y Responsabilidades.   |
| <hr/> Iniciales | <b>RECIBO INFORMACION SOBRE QUERELLAS DE PACIENTES</b><br>Yo he recibido información del Hospital sobre proceso de Querellas. El Hospital me ha explicado el proceso durante la admisión en lenguaje que pude entender.  |
| <hr/> Iniciales | <b>INTERPRETES</b><br>(Si aplica) Pacientes con barreras de lenguaje, visión, auditivas o del habla tienen el derecho a arreglos especiales con el propósito de mejorar la comunicación y comodidad. El hospital proveerá sin costo algunos intérpretes y equipo auxiliar. Yo autorizo al Hospital a utilizar un intérprete con el propósito de comunicarme información de tratamiento. Yo entiendo que el intérprete tendrá acceso a mi información médica/ psiquiátrica solo para traducción de esta información. Yo entiendo que el intérprete NO tendrá acceso a mi expediente médico.   |
| <hr/> Iniciales | <b>NOTIFICACION DE MEDICO DISPONIBLE 24/7</b><br>Yo entiendo que no hay médicos presentes 24 horas / 7 días la semana. De surgir una emergencia por condición médica, la enfermera graduada RN evaluará la situación, proveerá ayuda básica y llamará al médico de turno y / o Emergencias Medical al 911.   |
| <hr/> Iniciales | <b>HIPAA – CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGOS U OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD:</b> Yo entiendo se me proveyó notificación de HIPPA y Prácticas de privacidad y se me proveyó descripción más completa de la información utilizada y divulgada. Yo entiendo que tengo el derecho a revisar la notificación previo a firmar el consentimiento. Yo entiendo que el hospital se reserva el derecho a cambiar esta notificación y prácticas y previo a su implementación me enviara copia de la revisión a la dirección que proveí. Yo entiendo que tengo el derecho a objetar el uso de mi información de salud para propósitos de directorio. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones sobre cómo se va a utilizar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud y que el Hospital no está obligado a aceptarlas restricciones solicitadas. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida que el hospital ya ha tomado acción. Yo entiendo que al firmar a continuación se me dio o pregunto si quería copia de los derechos de HIPPA. |

**Las iniciales al lado de cada uno de estos artículos demuestran que los he leído, comprendido y estoy de acuerdo con lo indicado.**

**Paciente:**

**Representante Legal:  
(Si aplica):**

**Personal del Hospital:**

---

Firma

---

Firma

---

Firma

---

Fecha

---

Hora

---

Fecha

---

Hora

---

Fecha

---

Hora



## Patient Demographic Sheet

|                |            |                    |                        |               |  |
|----------------|------------|--------------------|------------------------|---------------|--|
| Admission Date | Admit Time | Registrar Initials | Social Security Number | Date of Birth |  |
|                |            |                    |                        |               |  |

**Patient Information \*\*No Special Characters\*\***

|                                     |  |   |   |   |
|-------------------------------------|--|---|---|---|
| *NAME (Last, First, Middle Initial) | *SEX<br><input type="checkbox"/> Female<br><input type="checkbox"/> Male | *RACE<br><input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> White<br><input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Unknown<br><input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Pt Declined | *ETHNICITY<br><input type="checkbox"/> Hispanic / Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino<br><input type="checkbox"/> Pt Declined  | *Primary Language<br><input type="checkbox"/> English<br><input type="checkbox"/> Spanish<br><input type="checkbox"/> Unknown |
| *Address                            | City, State & Zip Code   | *Phone  | *Marital Status   |   |
|                                     |  |   | <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married<br><input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Life Partner<br><input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed<br><input type="checkbox"/> Legally Separated <input type="checkbox"/> Unknown |   |
| Email Address: _____                |  |   |   |   |

**Patients Employer Information**

|  |   |   |
|--|---|---|
| Employment Status<br><input type="checkbox"/> Full - time<br><input type="checkbox"/> Part - time<br><input type="checkbox"/> Retired<br><input type="checkbox"/> Unemployed<br><input type="checkbox"/> Unknown | Employer Name:<br>_____<br>Employer Address:<br>_____ | Employer Phone Number:<br>_____<br>Occupation/Job:<br>_____ |
| <b>Emergency Contact #1</b>  |   |   |
| Name: _____  | Address: _____  | City/State/Zip: _____                                       |
| Primary Phone # _____  | Alternate Phone # _____                               | Relationship to Patient: _____                              |
| <b>Emergency Contact #2</b>  |   |   |
| Name: _____  | Address: _____  | City/State/Zip _____  |
| Primary Phone # _____  | Alternate Phone # _____                               | Relationship to Patient _____                               |

**Name of Agency or Person who referred you to our Facility** \_\_\_\_\_

|                               |                                 |  |  |                                      |  |
|-------------------------------|---------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|
| *Subscriber Name: _____       |                                 | *Date of Birth: _____                    |  | *Patients Relationship to Sub: _____ |  |
| Subscriber Address: _____     |                                 | *Subscriber Social Security Number _____ |  |                                      |  |
| *Insurance Company Name _____ | Insurance Company Address _____ |  | Insurance Company Phone Number ( ) _____ |                                      |  |
| Policy Number _____           | Group Number _____              | Authorization Number _____               | *Employer Name _____                     |                                      |  |

Do you have or have you had within the past 6 month any other health insurance?  Yes or  No

If YES, Provide Insurance carrier: Name: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Have you notified your current insurance provider that you no longer have this previous coverage  YES or  NO

**PATIENT IDENTIFICATION STICKER**

## Patient Demographic Sheet

**Secondary Insurance:** \_\_\_\_\_ **Subscriber (check One)**  Patient  Other - If "Other" complete Subscriber information

\*Subscriber Name: \_\_\_\_\_ \*Date of Birth: \_\_\_\_\_ \*Patients Relationship to Sut \_\_\_\_\_

Subscriber Address: \_\_\_\_\_ \*Subscriber Social Security Number \_\_\_\_\_

\*Insurance Company Name \_\_\_\_\_ Insurance Company Address \_\_\_\_\_ Insurance Company Phone Number \_\_\_\_\_

|               |              |                      |                |
|---------------|--------------|----------------------|----------------|
| Policy Number | Group Number | Authorization Number | *Employer Name |
|---------------|--------------|----------------------|----------------|

Notes/Comments: \_\_\_\_\_

**Tertiary Insurance:** \_\_\_\_\_ **Subscriber (check One)**  Patient  Other - If "Other" complete Subscriber information

\*Subscriber Name: \_\_\_\_\_ \*Date of Birth: \_\_\_\_\_ \*Patients Relationship to Sut \_\_\_\_\_

Subscriber Address: \_\_\_\_\_ \*Subscriber Social Security Number \_\_\_\_\_

\*Insurance Company Name \_\_\_\_\_ Insurance Company Address \_\_\_\_\_ Insurance Company Phone Number \_\_\_\_\_

|               |              |                      |                |
|---------------|--------------|----------------------|----------------|
| Policy Number | Group Number | Authorization Number | *Employer Name |
|---------------|--------------|----------------------|----------------|

Notes/Comments: \_\_\_\_\_

**Guarantor Information: (Check One)**  Patient  Other - If "Other" complete Guarantor Section

\*Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ \*Name (Last, First, Middle Initial) \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Social Security Number \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip Code \_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Full - time<br><input type="checkbox"/> Part - time<br><input type="checkbox"/> Retired<br><input type="checkbox"/> Unemployed<br><input type="checkbox"/> Unknown | <b>*Guar. Empl. Statu</b><br><input type="checkbox"/> Full - time<br><input type="checkbox"/> Part - time<br><input type="checkbox"/> Retired<br><input type="checkbox"/> Unemployed<br><input type="checkbox"/> Unknown | <b>*Guarantor Employer Name:</b> _____<br>Street Address: _____<br>City/State/Zip Code: _____<br>Employer Phone Number: _____<br>Occupation/Job: _____ |
|---|--|--|

**PHARMACY NAME:** \_\_\_\_\_ **ADDRESS:** \_\_\_\_\_

**PHONE #:** \_\_\_\_\_ **FAX #:** \_\_\_\_\_

**\*\* I ACKNOWLEDGE THAT THE INFORMATION PROVIDED ABOVE IS ACCURATE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE\*\***

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

### FACILITY USE ONLY

| *Admission Type                    | * Admission Status                   | * Admission Source                                 |   |                            |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Emergency | <input type="checkbox"/> Involuntary | <input type="checkbox"/> Non Healthcare Facility   | <input type="checkbox"/> Transfer from Hospital   | *HSV: _____                |
| <input type="checkbox"/> Elective  | <input type="checkbox"/> Voluntary   | <input type="checkbox"/> Clinic or Physican Office | <input type="checkbox"/> Transfer from SNF or ICF | *Accom Code: _____         |
| <input type="checkbox"/> Urgent    |                                      | <input type="checkbox"/> Court/Law Enforcement     | <input type="checkbox"/> Info not available       | * Room/Bed: ___ / ___      |
|                                    |                                      |  |   | * Diagnosis (ICD-10) _____ |
| <b>Admitting Doctor</b>            | <b>*Attending Doctor</b>             | <b>*Therapist Information</b>                      |   |                            |
|                                    |                                      |  |   |                            |
|                                    |                                      |  |   |                            |

**PATIENT IDENTIFICATION STICKER**

INTAKE  
INFECTIOUS DISEASE SCREENING FORM

X ¿Han viajado fuera de Estados Unidos en el último mes?

No  Sí – lista: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, Coordinador de admisión revise los avisos de viaje actuales de la CDC.

Póngase en contacto con el médico/practicante si el individuo visitado cualquiera de los países conocidos del brote.

Médico/profesional: \_\_\_\_\_

Fecha de contacto: \_\_\_\_\_ Time contacto: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

X ¿Tienes alguno de los siguientes signos y síntomas?

- \_\_\_\_\_ Tos persistente por 2 semanas
- \_\_\_\_\_ Toser encima de sangre
- \_\_\_\_\_ Dolores en el pecho
- \_\_\_\_\_ Dificultad para respirar
- \_\_\_\_\_ Sudores nocturnos
- \_\_\_\_\_ Pérdida de peso rápida
- \_\_\_\_\_ Pérdida severa del apetito
- \_\_\_\_\_ Fiebre de funcionamiento
- \_\_\_\_\_ Se vivió con alguien que había confirmado TB
- \_\_\_\_\_ Tenía una prueba de piel positiva de TB en el pasado

Fecha de la última prueba de la TB: \_\_\_\_\_  desconocido

Si ha sido positivas, medicamentos lista: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última radiografía de tórax? \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Si hay 3 o más de los anteriores proporcionan una máscara quirúrgica para que la persona proyecta y póngase en contacto con el practicante que admite para determinar si está indicado el cribado adicional en un centro médico. Documento de la decisión del practicante a través de cualquier orden para enviar a centro médico o proceder a evaluación.

X Firma Representante Legal paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Firma personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**DONACION DE ORGANOS/AVANZAR LAS DIRECTIVAS**

**Donación de órganos:**

- Es el paciente un donante de órganos, tejidos y ojo? SI \_\_\_ No \_\_\_  
 Si no, sería al paciente como información sobre cómo convertirse en un donant? SI \_\_\_ No \_\_\_

**Avanzar las directivas médicas poder Mental Salud poder:** *Si su estado tiene requisitos en salud mental o psiquiátrica avanzada Directiva, agregue a este formulario.*

Paciente ha formulado una directiva anticipada, pero no ha dado una copia a este hospital. El personal ha solicitado proporcionar el documento.

Ha elaborado una directiva anticipada y ha proporcionado una copia de lo siguiente el personal del hospital paciente.

Paciente ha formulado un poder médico, pero no ha dado una copia a este hospital. El personal ha solicitado proporcionar el documento.

Paciente ha formulado un poder médico y ha proporcionado una copia de lo siguiente el personal del hospital.

Paciente ha formulado una salud Mental poder notarial, pero no ha dado una copia a este hospital. Personal ha solicitado el documento proporcionarse.

Paciente ha formulado un Mental poder salud y ha proporcionado una copia de lo siguiente el personal del hospital.

**Testamento vital y anticipadas**

*Cada instalación debe revisar los términos a continuación para reflejar la terminología de estado.*

- Poder médico
- Salud mental poder
- Atención médica por adelantado
- Hacer no resucitar

El paciente desea formular la atención de la salud por adelantado? Sí \* \_\_\_ No \_\_\_  
\* El paciente se proporcionó información sobre formulación de un anticipadas.

El paciente desea formular poder médico? Sí \* \_\_\_ No \_\_\_  
\* El paciente se proporcionó información sobre formulación de un anticipadas.

El paciente desea formular la Salud Mental de poder? Sí \* \_\_\_ No \_\_\_  
\* El paciente se proporcionó información sobre formulación de un anticipadas.

El paciente tiene un responsable sustituto? Sí \* \_\_\_ No \_\_\_

\* Name \_\_\_\_\_ Number Contacto \_\_\_\_\_

Firma Representante Legal paciente: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_ Time \_\_\_

Firma personal: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_ Time \_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA PARA EL TRATAMIENTO, EL PAGO Y LAS OPERACIONES DE CUIDADO MÉDICO**

Entiendo que se puede usar y revelar mi información médica protegida para llevar a cabo las operaciones de tratamiento, pago o cuidado médico por Sonora y otros profesionales médicos que me proporcionan el cuidado. Por ejemplo, Sonora, su personal, sus miembros médicos del personal y otros proveedores, tales como los proveedores independientes de terapia y servicio de emergencia, pueden usar y revelar mi información médica protegida para tratarme, para obtener el pago por ese tratamiento y para realizar las operaciones del cuidado médico como el mejoramiento de la calidad de cuidado.

El Aviso de las Prácticas de Privacidad de Sonora explica lo que significa "el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado médico" contiene una descripción más completa de esos usos y revelaciones. Entiendo que tengo el derecho de revisar el Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo también que Aviso de las Prácticas de Privacidad puede cambiar en el futuro. En cualquier momento, puedo solicitar a Sonora una copia actualizada de su Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar a Sonora que restrinja cómo se usa o revela mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado médico. Entiendo que no se requiere que Sonora acepte mi solicitud, sin embargo si Sonora acepta mi solicitud, Sonora estará obligado por ese acuerdo.

Entiendo que tengo el derecho de revocar por escrito este consentimiento, a menos que Sonora ya haya usado o revelado información confiando en este consentimiento. Este consentimiento se quedara válido a menos y hasta que yo lo revoque por escrito.

\_\_\_\_\_  
Fecha:

*X*  
\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo:

*f*  
\_\_\_\_\_  
Firma de Representante Autorizado Legalmente

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional):

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

(Sonora Logo)

Consentimiento para Usar y Revelar Información Médica Protegida  
Para el Tratamiento, el Pago y las Operaciones de Cuidado Médico

Identificación del Paciente

6

SONORA  
LA DECLARACION DE DERECHOS DE CLIENTES

- k. Recibira, en el momento que sea transferido o despedido recomendaciones por cualquier tratamiento necesario cuando el cliente as despedido.

Recibiro una copia del derechos de clientes. Yo repasar y entender los derechos.

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo:

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante Autorizado  
Legalmente

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional):

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

LA DECLARACION DE DERECHOS DE CLIENTES

Identificación del Paciente

MR-035aspn  
8/1/99 Revised 11/19/03, 3/7/05

IA  
M



COORDINATION OF BENEFITS QUESTIONNAIRE

It is important that you complete this questionnaire. This information is requested by insurance providers usually yearly to update their records and provide timely and accurate processing of claims.

SECTION A - INSURANCE COVERAGE

What is your primary insurance? \_\_\_\_\_ Member ID/SSN: \_\_\_\_\_

Policy Holders Name: \_\_\_\_\_ Relation to Insured: \_\_\_\_\_

Are you or any dependent (spouse or children) covered by another medical, or governmental insurance policy (Medicare, Medicaid, etc.)?

Yes, continue to the next SECTION  NO other insurance for policyholder, spouse, and/or children. Sign and date below.

Insured's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

SECTION B - YOUR OR DEPENDENTS OTHER INSURANCE COVERAGE IN ADDITION TO THE ABOVE (Group or Governmental insurance)

1. Other insurance \_\_\_\_\_ Member ID/SSN: \_\_\_\_\_

Policy Holders Name: \_\_\_\_\_ Relation to insured: \_\_\_\_\_

2. Other insurance \_\_\_\_\_ Member ID/SSN: \_\_\_\_\_

Policy Holders Name: \_\_\_\_\_ Relation to insured: \_\_\_\_\_

3. Other insurance \_\_\_\_\_ Member ID/SSN: \_\_\_\_\_

Policy Holders Name: \_\_\_\_\_ Relation to insured: \_\_\_\_\_

SECTION C- Complete if policy holder is DIVORCED, LEGALLY SEPARATED, or a SINGLE PARENT and you have dependent children

| Dependent | Person with Legal Custody | Relationship to dependent | Person responsible for Dependents Healthcare expense |
|-----------|---------------------------|---------------------------|--|
|           |                           |                           |  |
|           |                           |                           |  |
|           |                           |                           |  |

I certify that the information herein is true and correct. I authorize the administrator of the plan(s) to release information to my insurance carrier regarding health care benefits to which I may be entitled. I understand that the purpose of the release of information is to assure appropriate coordination of benefits of all plans. This authorization shall remain valid for the duration of coverage of the plan for which a claim is submitted. In understand a photo static copy of this authorization shall be valid as the original

Insured's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

15



## AUTORIZACION DE LLAMADAS Y VISITAS

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo **SOLO** he autorizado a las siguientes personas a llamarme o visitarme durante mi hospitalización. Yo entiendo que solo la familia inmediata o personas significativas, para mi tratamiento deberán aparecer en este listado. **Nota:** Nadie deberá añadir contactos en este listado sin mi permiso. Yo puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

| Nombre | Relación | Número Teléfono | Fecha/Hora Añade | Fecha /Hora Remueve | Iniciales Paciente | Iniciales Personal |
|--------|----------|-----------------|------------------|---------------------|--------------------|--------------------|
| 1.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 2.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 3.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 4.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 5.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 6.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 7.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 8.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 9.     |          |                 |                  |                     |                    |                    |
| 10.    |          |                 |                  |                     |                    |                    |

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Iniciales Personal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Iniciales Personal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Iniciales Personal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Iniciales Personal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Iniciales Personal: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

# SONORA BEHAVIORAL HEALTH HOSPITAL

## Aviso de las Prácticas de Privacidad

Fecha de vigencia: 14/4/03

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE EMPLEAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA RELACIONADA CON USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESA. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Si usted tiene alguna pregunta sobre este Aviso o nuestra política o prácticas, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad del Sonora Behavioral Health Hospital en el 6050 N. Corona Road N° 3, Tucson, Arizona 85704 ó llame al 520-469-8700, extensión 2703.

### Quién observará este aviso

Este Aviso describe las practicas de nuestra organización y las de:

- Los profesionales del cuidado de la salud que son miembros de nuestra planta laboral autorizados a tener acceso a o anotar información en su archivo médico o su cuenta.
- Todos los departamentos y unidades de este centro.
- Todos los empleados, voluntarios y otro personal del centro que se consideran parte de nuestra planta laboral.
- Todas las entidades y los consultorios propiedad de Sonora Behavioral Health Hospital ("Sonora").

### Nuestra promesa respecto a la información médica y de cuenta

Entendemos que la información sobre usted y su salud es personal. Nos comprometemos a proteger su información médica y de cuenta. Creamos un archivo de la atención y los servicios que usted recibe en nuestro centro. Éste generalmente contiene sus síntomas, resultados de exámenes y análisis, diagnósticos, tratamientos, el plan para la atención o tratamientos futuros y los cobros o facturas para los servicios relacionados con su cuidado. Se emplean estos archivos para proporcionarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales.

Este Aviso aplica a todos los archivos que este centro genera respecto a su cuidado que son creados por el personal del centro o por su proveedor personal de atención médica. Su proveedor personal (por ejemplo, su médico de cuidado primario, etc.) puede observar diferentes practicas o Avisos relacionados con el uso y la revelación de información médica y de cuenta creada en su consultorio o clínica.

Este Aviso le informará las maneras en que podemos emplear y revelar la información médica y de cuenta relacionada con usted. También describimos los derechos de usted y ciertas obligaciones nuestras respecto al uso y la revelación de su información médica.

La ley nos obliga a:

- Procurar que se mantenga confidencial la información médica y de cuenta que identifica a usted;
- Proporcionarle este Aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la información médica y de cuenta relacionada con usted; y
- Observar las condiciones del Aviso vigente.

**SONORA BEHAVIORAL HEALTH HOSPITAL**

Aviso de las Prácticas de Privacidad

Formulario: MR#0002

14/4/03

Página 4

## Cómo podemos emplear y revelar la información médica y de cuenta relacionada con usted

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que empleamos y revelamos la información médica y de cuenta. En cada categoría de uso o revelación, se explica lo que quiere decir, dando unos ejemplos. No se mencionan todos los usos o revelaciones de cada categoría. No obstante, todas las maneras en que se nos permite emplear y revelar la información forma parte de alguna de las categorías.

**Tratamiento.** Podemos usar su información médica para proporcionarle tratamiento o servicios médicos y del comportamiento. Podemos revelar su información médica a los médicos, enfermeros, técnicos de la salud, estudiantes médicos u otro personal del centro que participa en su cuidado en nuestro centro. Por ejemplo, el psiquiatra que lo trata tendrá que saber si usted es alérgico a ciertos medicamentos psicotrópicos, para lo cual tal vez tenga que comunicarse con su médico de cuidado primario para obtener esta información. Además, el médico tendrá que decir al dietista si usted padece de diabetes para que podamos pedir las comidas adecuadas. Los distintos departamentos dentro del centro pueden compartir su información médica también para coordinar los servicios que usted necesita, como son las recetas, análisis de laboratorio, radiografías y terapia. Se comparte esta información cuando alguien del personal médico debe saberla para poder darle a usted el tratamiento necesario y seguro. También podemos revelar su información médica a personas ajenas al centro que le proporcionen atención médica después de que se le dé de alta a usted, como son los familiares u otros profesionales de la salud que contratamos para proporcionarle servicios que forman parte del tratamiento.

**Pago.** Podemos emplear y revelar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted reciba se facturen y que se le cobren a usted, a alguna compañía de seguros o a una tercera parte. Por ejemplo, será necesario que demos a su plan de seguros la información sobre la terapia que recibe en nuestro centro para que nos la pague o se le reembolse a usted. También podemos informar a su plan médico sobre el tratamiento que va a recibir para obtener la aprobación previa o para determinar si su plan pagará el tratamiento. Esto NO quiere decir que se compartirá toda la información de su archivo médico para conseguir la aprobación o el pago; se compartirá solamente lo necesario. Además, podemos dar información sobre usted a otro proveedor o centro médico para que éste haga sus propios trámites de pago. Por ejemplo, podemos dar su información al consultorio de su médico para que le pueda enviar la factura a usted o a su compañía de seguros.

**Operaciones del cuidado médico.** Podemos emplear y revelar su información médica para facilitar las operaciones del centro. Este uso y revelación son necesarios para manejar el centro y para asegurarnos que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica para analizar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el rendimiento de nuestro personal al atender a los pacientes. También podemos combinar la información médica de muchos pacientes del centro para determinar qué otros servicios debe ofrecer, cuáles no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son eficaces. También podemos revelar información a los médicos, enfermeros, terapeutas, técnicos, estudiantes médicos y otro personal del centro para los efectos de la evaluación y el aprendizaje. También podemos combinar la información médica con la de otras instalaciones para comparar nuestro rendimiento y para saber cómo podemos mejorar la atención y los servicios que ofrecemos. Podemos quitar la información que lo identifica a usted en esta información médica para que otras personas puedan utilizarla para estudiar el cuidado de la salud y el suministro de ello sin saber individualmente quien es usted o los otros pacientes. Podemos dar información sobre usted a otros proveedores médicos, planes médicos u otros centros de intercambio de información para que realicen actividades como la evaluación de la calidad, manejo de casos, enseñanza y el estudio de grupos de personas con los fines de mejorar la salud.



SONORA  
LA DECLARACION DE DERECHOS DE CLIENTES

**Poliza: Es poliza de Sonora a todos los clientes se les conceden los siguientes derechos basicos perseguir tratamiento.**

1. De ser tratado con dignidad, respecto, y consideracion.
2. No ser discriminado basado en su raza, origen o nacionalidad, religion, sexo, orientacion sexual, edad, impedimento fisico, estado civil, diagnostico medico, o metodo de pago.
3. De recibir tratamiento que:
  - a. Apoye y respete la individualidad de el client tanto como opciones, firmeza y habilidades.
  - b. Apoya la libertad personal del cliente y que solamente restrinja su libertad personal de acuerdo con la corte legal y solamente en consentimiento de el cliente.
  - c. Sea proveido en una atmosfere menos restringida basado en las necesidades que el cliente requiera.
4. De no tratar de prevenir o impedir de ejercitar los derechos civiles de el cliente a menos que el cliente haya sido adjudicado o encontrado incompetente en una corte de Jurisdiccion competente, el cliente sera incapaz de ejercitar un derecho especifico o una categoria de derechos.
5. De someter ofensas o injusticias con miembros de el personal y con quejas a entidades de afuera y otros individuos sin represion o temor a represalias.
6. De tener quejas consideradas parciales, oportunas y de manera imparcial por un titular en la materia.
7. De buscar, comunicar y de ser aconsejado por un abogado legal que el cliente haya escogido en donde el client sera responsable por el pago de los servicios de este individuo.
8. De recibir asistencia de un miembro de la familia, designado representante, o otro individuo que entienda, proteje y ejercite los derechos de el cliente.
9. Si fue reclutado por el departamento o una autoridad de salud mental regional asi como un individuo que se encuentra mentalment en fermo, la persona tiene derecho de recibir asistencia por medio de los defensores de los derechos humanos dados por el Departamento designados en entender, proteger, o ejercitar los derechos de el cliente.
10. De mantener la informacion y los documentos personales de el cliente confidencial y solamente dispnibles como es permitido.

SONORA  
LA DECLARACION DE DERECHOS DE CLIENTES

11. El derecho a la privacidad de correspondencia, comunicacion, visitacion, asuntos financieros y limpieza personal, excepto es requerido por el tratamiento. A el derecho a la privacidad de el tratamiento, incluyendo el derecho no tomar huella digitales, ser fotografiado o grabado sin un consentimiento escrito excepto:

- a. Al ser fotografiado por razones de identificacion o razones administrativas.
- b. De que el cliente reciba tratamiento de acuerdo a ARS Título 36 capitulo 37 o.
- c. Por grabacion temporaria usada con abjectivos de sistema de seguridad.

12. De revisar, basado en una peticion escrita el expediente de el cliente durante las horas de operacion de la agenciao basado en las horas que el Director de la clinica estipula.

13. De revisar en la agencia o en el Departamento los siguiente:

- a. El capitulo donde se describe los derechos de el cliente bajo las reglas universales proveidas por la oficina de Licensia de SaludMental.
- b. El reporte de el mas reciente inspeccion de la propiedad llevada a cabo por el departamento.
- c. Un plan de correccion en efecto como es requerido por el departamento.
- d. Si el titular de la licencia ha sometido un reporte de inspeccion por medio de una agencia nacionalmente acreditada y reconocida; y
- e. Si el titular de la licencia ha somitido un reporte de inspeccion por medio de una agencia nacional reconocida y acreditada in vez de tener una inspeccion conducida por el mismo departamento, un plan de correccion en efecto requerido por la agencia acreditada y reconocida nacionalmente.

14. Der ser informado de todas las cuotas o precios que el cliente es requerido a pagar y de las polizas de reembolsos y procedimientos antes de recibir un servicio de salud metnal excepto por servicios de crisis.

15. De dar permiso a recibir tratamiento una vez que una explicacion verbal de la condicion de el cliente y el tratamiento propuesto o sugerido, incluyendo la intencion de los resultados, la naturaleza de tratamiento propuesto, cualquier procedimiento envuelto en el tratamiento propuesto, cualquier riesgo o efecto secundarios de el tratamiento, y cualquier alternativa al tratamiento propuesto.

16. De ser ofrecido o ser recomendado para tratamiento especifico estipulado en el plan de tratamiento de el cliente.



SONORA  
LA DECLARACION DE DERECHOS DE CLIENTES

17. De recibir recomendacion a otra agencia si las agencia es incapaz de proveer un servicio de salud mental que el cliente requiera o que es indicado en el plan de tratamiento de el cliente.

18. De rehusar tratamiento o retractar consentimiento al tratamiento a menos que el tratamiento sea ordenado por la corte o que sea necesario para salvar la vida o la salud fisica de el cliente.

19. A ser libre de:

- a. Abuso
- b. Negligencia
- c. Explotacion
- d. Coercion
- e. Manipulacion
- f. Represalias por someter una queja al Departamento o a otra entidad
- g. Destitucion o transferencia, o amenaza de destitucion o transferencia, por razones no relacionadas con las necesidades de el tratamiento de el cliente
- h. Tratamiento que envuelve la negacion de:
  - i. Comida
  - ii La oportunida de dormir
  - iii La oportunida de usar el bano y
  - iiii Restringir o aislamiento, de cualquier forma, usada con fiens de fuerza, disciplina, conveniencia, o represalias.

20. De participar o, si es aplicable, de tener los padres de el cliente, guaridan, tutor, o el agente patrcipante en las decisiones y desarrollo de el tratamiento y envuelto en revisiones periodicas y reexaminaciones de el plan escrito de el cliente.

21. De controlar las finanzas personal de el cliente excepto cuando:

- a. El cliente esta bajo la tutoria legal o tiene un pagador que representa al cliente, o
- b. Que estipule de otra manera por la Jurisdiccion competente de la corte.

22. De participar o de rehusarse a participar en actividades religiosas.

23. De rehursas tu actividades laborales para la agenicia, excepto actividades de limpieza hogarena y actividades que mantenga la slaud y limpieza personal.

24. Da ser compendado basado en las leyes de trabajado federales y estatales que primordialmente benefician a la agencia y que no es parte de plan de tratamiento de el client.

12  
(14)

SONORA  
LA DECLARACION DE DERECHOS DE CLIENTES

25. De participar o rehusarse a participar en estudios o tratamientos experimentales.
26. De permitir en escrito, o negar permiso, o por escrito retractar consentimiento de participaren estudios o tratamientos que no son parte de un tratamiento reconocido profesionalmente.
27. De rehusarse a demostrar gratitud a la agencia por meido de declaraciones escritas, de otro medio de comunicacion, o de envolverse con presentaciones o declaraciones publicas.
28. De recibir servicios de salud mental en facilidades libres de humo de cigarillos, aunque en ciertas facilidades sea approved el fumar afuera de las facilidades, estos es basado en las estipulaciones y procedimientos de la agencia.
29. Si el cliente recibe tratamiento en las onstalaciones de la agencia o si se encuentra en un programa de tratamiento interno el cliente:
- a. Si es asignado a compartir el mismo cuarto, debera ser asignado y si es aplicable.
  - b. Tendra libertad de asociarse con individuos que el cliente elija, recibira visitas y Podra hacer llamadas telefonicas durante las horas establecidas por el titular de la Licencia y establecidas y puestos en lugares visibles en las facilidades, excepto si es requerido bajo el tratamiento.
  - c. Tendra libertad de mandar y recibir correspondencia sin ser abierta y si censura, a menos que sea restringida por orden de la corte y es documentado en el archivo de el cliente.
  - d. Tendra libertad de mantener, demostrar, y usar sus pertenencias personales, incluyendo ropa, a menos que esto sea restringido por una orden de la corte y documentado en el archivo de cliente.
  - e. Le sera dado espacio donde guardar, y esre espacio sera capaz, de ser mantenido bajo llave, bajo las premisas mientras el cliente reciba tratamiento.
  - f. Sera sujeto a recibir alimentos con necesidades nutricionales que el cliente necesite, con consideracion si el cliente tiene preferencias.
  - g. Tendra ropa limpia y apropiada de acuerdo con las estaciones del ano, com conideraciones si el cliente tiene preferencias.
  - h. Tendra acceso a servicios medicos, incluyendo planes familiares, para matener la Salud, seguridad y bienestar de el cliente.
  - i. Tendra oportunidades de contacto social y diario socializacional, o actividades rehabilitantes.
  - j. Sera informado de ls requerimientos necesario para la transferencia o despido de el cliente a un ambiente fisico menos restringido.



## Contactos Importantes

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Sonora Behavioral Health</b><br/>6050 N. Corona Rd<br/>Tucson, AZ 85704<br/>Teléfono: (520) 469-8700</p>   | <p><b>Defensor del Paciente</b><br/>Phone: (520) 469-8700 ext. 2915</p> <p><b>Servicios Externos</b><br/>Teléfono: (520) 276-1199<br/>3130 E. Broadway, Suite 196<br/>Tucson, AZ 85716</p>   |
| <p><b>Departamento de Servicios de Salud de Arizona</b></p> <p><b>Oficina principal de Phoenix</b><br/>150 N. 18<sup>th</sup> Ave., Suite 400<br/>Phoenix AZ 85007<br/>Teléfono: (602) 542-1025</p> <p><b>Oficina de Tucson</b><br/>400 W Congress, Suite 100<br/>Tucson, AZ 85701</p> | <p><b>Registros Vitales</b><br/>Phone: (602) 364-1300</p> <p><b>Licencias de Instalaciones Médicas</b><br/>Teléfono: (602) 364-3030<br/>Correo electrónico: <a href="mailto:Medical.Licensing@azdhs.gov">Medical.Licensing@azdhs.gov</a></p>   |
| <p><b>AHCCCS</b><br/>801 E Jefferson St.<br/>Phoenix, AZ 85034<br/>Teléfono: (602) 417-4000<br/>Llamada gratuita en el estado: 1-800-654-8713</p>  | <p><b>Oficina de Derechos Humanos</b><br/>400 W. Congress St., Suite 118<br/>Tucson, AZ 85701<br/>Teléfono: (520) 770-3100<br/>Correo electrónico: <a href="mailto:OHRts@azahcccs.gov">OHRts@azahcccs.gov</a></p> <p><b>Arizona Complete Health</b><br/>333 E Wetmore Rd, #500<br/>Tucson, AZ 85705<br/>Teléfono: (866) 495-6738</p> |
| <p><b>Departamento de Seguridad Economica</b><br/>400 W. Congress<br/>Tucson, AZ 85701<br/>Teléfono: (520) 628-6810</p>  | <p><b>Departamento de Seguridad Infantil de Arizona</b><br/>3550 N. Oracle Rd<br/>Tucson, AZ 85705<br/>Teléfono: (520) 8877577</p> <p><b>Servicios de Protección Para Adultos de Arizona</b><br/>1789 W. Jefferson St.<br/>Phoenix, AZ 85007<br/>Teléfono: (602) 542-0010</p>  |

