



SOLICITUD DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
Effective January 1, 2013

DBH-0050
(1/13)

La terminación de esta aplicación sirve como su solicitud de servicios de salud mental a través del Departamento de Idaho de Salud y Bienestar Social. Una vez finalizada, esta solicitud será revisada por un médico de salud mental y nos comunicaremos con usted en cuanto a los posibles pasos a seguir en su, o en su caso, la elegibilidad de su hijo para recibir servicios.

Por, _____ la presente se aplican para los Servicios de
(Nombre del solicitante o del padre / tutor)
Salud Mental para mí (o mi hijo) del Departamento de Salud y Bienestar Social, como se indica a continuación:

Nombre	
Dirección	
Número de teléfono	
Padre / Guardian 's Nombre	

Estoy buscando servicios para mí (o mi hijo) para hacer frente a los siguientes problemas: (Letra de molde)

(Por favor, adjunte hojas adicionales si es necesario)

Al firmar abajo, yo estoy solicitando los servicios de salud mental. Entiendo que esta solicitud de servicios no es una garantía de servicios. Además, doy consentimiento para que el Departamento lleve a cabo una evaluación de salud mental que podría abrir potencialmente incómodos pensamientos o sentimientos, me ha dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de este consentimiento. He leído y entendido lo anterior.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del Padre o Tutor

Fecha

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN SOBRE USTED Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
REVISE CON MUCHA ATENCIÓN**

- Si tiene alguna duda sobre este Aviso, póngase en contacto con la Oficina de privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho al 208-334-6519 o por correo electrónico en PrivacyOffice@dhw.idaho.gov.
- En cualquier momento puede solicitar una copia de este Aviso. Encontrará copias de este Aviso en las oficinas del Departamento de Salud y Bienestar. Esta Aviso también se encuentra en el sitio en internet del Departamento de Salud y Bienestar a <http://www.healthandwelfare.idaho.gov>.

OBJETIVO DE ESTE AVISO

En este Aviso de Prácticas de Privacidad describe la forma en que el Departamento de Salud y Bienestar (el Departamento) maneja la información confidencial conforme a los requisitos estatales y federales. Todos los programas en el Departamento pueden compartir la información confidencial sobre usted entre sí según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios y con fines comerciales normales. El Departamento también puede compartir su información confidencial con otros fuera del Departamento según sea necesario para proporcionarle los beneficios o servicios.

Nuestro compromiso es proteger su información confidencial. Generamos registros de los beneficios o servicios que recibe del Departamento. Necesitamos estos registros para ofrecerle servicios y atención de calidad. Asimismo, necesitamos estos registros para cumplir con varias leyes locales, estatales y federales.

Tenemos la obligación de:

- Utilizar y divulgar información confidencial requerida por la ley;
- Mantener la privacidad de su información;
- Proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad de su información; y
- Cumplir con los términos del Aviso vigente a la fecha.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad no afecta su elegibilidad a beneficios o servicios.

SUS DERECHOS ACERCA DE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

1. Derecho a una revisión y una copia

Usted tiene el derecho de revisar y copiar su información de acuerdo con la ley.

Si quisiera revisar y una copia de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes federales de HIPAA.

Si solicita recibir una copia de la información, es posible que le cobremos una cuota.

Si legalmente no podemos divulgarle la información, le avisaremos.

2. **Derecho a modificaciones**

Si siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, tiene el derecho a pedirnos que se hagan cambios a su información.

Si quisiera que el Departamento cambie su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará un formato de “Solicitud para modificación de registros”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud en 10 días.

Es posible que rechacemos su solicitud si nos pide cambiar información que:

- No generó el Departamento;
- No es parte de la información que conserva o es para el Departamento;
- No es parte de la información que se le permita revisar o copiar; o
- Determinamos que es correcta y está completa.

3. **Derecho a limitar la divulgación sobre la información de la salud**

Tiene el derecho a pedirnos no compartir la información sobre su salud para su tratamiento o servicios, o con fines comerciales normales. Nos debe decir cuál es la información que no quiere o con quién no quiere compartir.

Si quiere pedir al Departamento no compartir su información, en las oficinas o el sitio en internet del Departamento encontrará una “Solicitud para restringir la divulgación de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud por escrito.

Si aceptamos su solicitud, cumpliremos con ella a menos que se necesite la información para darle tratamiento de emergencia o que usted retira la restricción. En caso de que usted o alguien a su nombre pague un artículo o servicio y solicita que no se le divulgue a un proveedor de seguro de salud la información referente a dicho artículo o servicio, aceptaremos la restricción solicitada.

4. **Derecho a un medio de envío alternativo**

Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de medios o lugares alternos. Por ejemplo, puede pedir que le enviemos la información de un programa a una dirección de correo diferente al de otros programas de los que recibe servicios o beneficios.

Si quiere pedir un medio alternativo para el envío de su información, en las oficinas del Departamento o su sitio en internet encontrará el formato “Solicitud de medios alternos para envío”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento dará respuesta a su solicitud si por algún motivo se rechaza.

No le preguntaremos la causa de su solicitud. Se aprobarán las solicitudes razonables.

5. **Derecho a un informe de las divulgaciones de información de salud**

Tiene el derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de información sobre su salud. En este informe de divulgaciones no va a incluir cuando compartamos la información sobre su salud para tratamiento, pago de su tratamiento o fines comerciales normales, o las veces que usted nos autorizó compartir la información.

Si quiere solicitar un informe de las divulgaciones sobre su salud, encontrará en las oficinas del Departamento o su sitio en internet el formato “Solicitud para recibir un informe de las divulgaciones de información de salud”. Debe llenar este formato y enviarlo al Departamento. El Departamento responderá a su solicitud de acuerdo con la Ley de Registros Públicos de Idaho y las leyes HIPAA federales.

El primer informe que solicite y reciba en un año calendario será sin costo. Para informes adicionales en el mismo año calendario, es posible que le cobremos el costo por proporcionarle el informe. Le informaremos del costo y es posible que decidamos retirar o cambiar su solicitud en ese momento antes de cobrarle algún costo.

CÓMO PUEDE USAR Y COMPARTIR EL DEPARTAMENTO SU INFORMACIÓN

Ocasiones en que no se necesite su permiso

- **Para tratamiento.** Podemos utilizar o compartir su información a fin de proporcionarle beneficios, tratamiento o servicios. Podemos compartir su información con una enfermera, médico o persona que le proporcione tratamiento o servicios. Los programas en el Departamento también pueden compartir su información para conjuntar los servicios que posiblemente necesite. También podemos compartir su información con personas ajenas al Departamento que estén involucradas en su atención o el pago de su atención, como familiares, representantes informales o legales u otros que le brinden servicios como parte de su atención.
- **Para pago.** Podemos utilizar y compartir su información para que pueda pagarse el tratamiento y los servicios que reciba a través del Departamento. Por ejemplo, tal vez tengamos que proporcionar información sobre usted a la compañía de seguros médicos acerca del tratamiento o los servicios que reciba para que su seguro médico pueda pagar el tratamiento o los servicios.
- **Para operaciones comerciales.** Podemos utilizar y compartir su información con fines de operaciones comerciales. Es necesario para la operación diaria del Departamento y asegurarse de que nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, puede usar su información para revisar la forma en que proporcionamos el tratamiento y los servicios y evaluar el desempeño de nuestro personal que le brinda los servicios.

Ocasiones en que se necesite su permiso

- **Por causas a parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales.** Puede haber ocasiones en las que el Departamento tenga que usar y compartir su información por causas a parte del tratamiento, pago y operaciones comerciales según lo que se explica arriba. Por ejemplo, si el Departamento pide a su empleador o la escuela información que no forme parte del tratamiento, pago u operaciones comerciales, el Departamento le solicitará una autorización por escrito que nos permita compartir dicha información. Si nos autoriza utilizar o compartir su información, puede suspender el permiso en cualquier momento, siempre que sea por escrito. Si suspendió su permiso, ya no podremos usar o compartir esa información. Debe entender que no podemos recuperar información que ya se haya compartido bajo su autorización.
- **Individuos que forman parte de su atención o el pago de su atención.** Podemos proporcionar información sobre usted a un familiar, representante legal o a quien usted asigne como parte de su atención. También podemos proporcionar información a quien ayude a pagar por su atención. Si usted no puede aceptar o rechazar una divulgación, podemos compartir dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted con base en nuestra opinión profesional. Asimismo, podemos compartir su información en un desastre para poder informar a su familia o representante legal acerca de su condición, estado y ubicación.

Otra forma de usar y compartir su información sin su permiso

- Recordatorios de citas
- Alternativas de tratamiento
- Según lo requiera la ley
- Riesgos de salud pública
- Cumplimiento de la ley
- Demandas y disputas
- Médicos forenses, directores de funerarias
- Donación de órganos y tejidos
- Tratamiento de emergencia
- Evitar una amenaza grave de salud o seguridad
- Organizaciones militares o de veteranos
- Actividades de vigilancia de la salud
- Actividades de seguridad nacional y de inteligencia
- Instituciones correccionales

REQUISITOS ESPECIALES

La información recibida de un programa de financiamiento federal para el tratamiento de drogadicción o a través del programa de bebés y niños pequeños no se liberará sin autorización específica del individuo o representante legal.

Se avisará a los individuos afectados después del incumplimiento de la información de salud sin privacidad.

CAMBIOS A ESTE AVISO

El Departamento tiene el derecho de cambiar este Aviso. En las oficinas del Departamento o en <http://www.healthandwelfare.idaho.gov> se publica una copia de este Aviso. La fecha en vigor de este Aviso aparece en la parte superior de cada página. Si el Departamento no realiza cambios a este Aviso de prácticas de privacidad, el Departamento cumplirá con los términos del Aviso vigente a la fecha.

QUEJAS

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad a la información confidencial, puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho. Todas las quejas enviadas al Departamento deben ser por escrito en el formato de “Queja sobre privacidad” disponible en las oficinas del Departamento o su sitio en internet. Para presentar una queja ante el Departamento, envíe su formato de Queja sobre privacidad lleno a:

Idaho Department of Health and Welfare
Privacy Office
P.O. Box 83720
Boise, ID 83720-0036

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad de información sobre su salud, también puede presentar una queja ante del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Su queja debe ser por escrito y debe mencionar la organización que es objeto de su queja y describir lo que usted considera que se violó. Envíe su queja por escrito a:

Region 10
Office for Civil Rights
U. S. Department of Health and Human Services
2201 Sixth Avenue-Suite 900
Seattle, Washington 98121-1831

En el caso de las quejas presentadas por correo electrónico enviar a OCRComplaint@hhs.gov.

Una queja se debe presentar ante del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho o de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en un plazo de 180 días de que haya ocurrido lo que usted considere una violación a la privacidad. Este límite de tiempo para la presentación de quejas puede retirarse por una buena causa.

No se le castigará ni habrá represalias contra usted por presentar una queja.



Reconocimiento del Recibo del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Nombre del Cliente _____
(Por favor escriba en letra de molde su Primer Nombre, la Inicial del Segundo Nombre y su Apellido)

Con mi firma abajo, reconozco que he recibido el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad provistas por el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho.

Su firma _____

Fecha _____

Adult Health History

(To be completed by individuals ages 18 and up)

1. Please list all of your surgeries (tonsil removal, appendix removal, etc.).

Year	Surgery	Reason	Surgeon

2. Please list any serious illnesses that you've had in the past or have now (diabetes, blood pressure trouble, etc.).

Year of onset	Illness	Condition at present

Date:	Client Name:
-------	--------------



Family Health History

1. Indicate which diseases or conditions you or your family members have had. If you know of other relatives with the diseases or conditions, please mark those as well.

Client	Mother	Father	Brother/ Sister	Spouse	Relative	Disease/Condition
						Allergies
						Hay Fever
						Skin Problems
						Glaucoma
						High Blood Pressure
						Stroke
						Coronary Heart Disease
						Other Heart Disease
						Emphysema
						Asthma
						Yellow Jaundice
						Gall Bladder Trouble
						Kidney Problems
						Diabetes
						Gout
						Thyroid Disease
						Mental Retardation
						Mental Illness
						Muscular Dystrophy
						Tendency to Bleed
						Blood Disorder
						Leukemia
						Arthritis
						Other Joint Problems
						Cancer
Risk Assessment						
Exposure						
Mark those to which you have been frequently exposed.						
<input type="checkbox"/> Chemicals						
<input type="checkbox"/> Loud noise						
<input type="checkbox"/> Asbestos or cement dust						
<input type="checkbox"/> X-rays or radioactive materials						

Date:	Client Name
-------	-------------

DEPARTMENT OF HEALTH AND WELFARE
MENTAL HEALTH SERVICES
FEE DETERMINATION

SECTION I – CLIENT/RESPONSIBLE PARTY INFORMATION:

Client’s Name: _____ SSN: _____
Medicaid Number: _____

Responsible Party: _____ Relationship: _____ SSN: _____
Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Telephone: _____

Do you have Insurance: ___ Yes ___ No Name of Insured: _____
Insurance Company: _____ Telephone: _____
Address: _____
Group Number: _____ Subscriber Number: _____

Does your spouse have Insurance: ___ Yes ___ No Name of Insured: _____
Insurance Company: _____ Telephone: _____
Address: _____
Group Number: _____ Subscriber Number: _____

Section II – FEE DETERMINATION:

(Your income, minus allowable deductions and the number of dependents in your household will be used with our sliding fee scale to determine what percentage of our fees you will be required to pay.)

Gross Monthly Income for **Adult** Clients:

Gross Monthly Income for **Child** Clients:

- 1. Self _____
- 2. Spouse _____
- 3. Other _____
- 4. Total _____

- 1. Self _____
- 2. Father _____
- 3. Mother _____
- 4. Other _____
- 5. Total _____

Number of Dependents in Household: _____

Allowable Monthly Deductions:

- 1. Court Ordered Obligations: _____
- 2. Dependent Support: _____
- 3. Child Care Expenses Necessary for Parental Employment: _____
- 4. Medical Expenses: _____
- 5. Transportation: _____
- 6. Extraordinary Rehabilitative Expenses: _____
- 7. State and Federal Tax Payments (including FICA taxes): _____
- 8. Total Monthly Deductions: _____

(Office Use Only)

Sources of Income/Deduction Verification: _____

Total Monthly Income: _____
Allowable Monthly Deductions: - _____
Adjusted Monthly Income: X 12 = _____ Adjusted Annual Income.

SECTION III – PAYMENT AGREEMENT:

Under Sections 16-2433, 19-2524, 20-520(i), 20-511A, and 39-3137, Idaho Code, the Director is authorized to promulgate, adopt, and enforce rules for the charging of fees for services provided by mental health and substance use disorders providers. Under Section 39-309, Idaho Code, the Board of Health and Welfare is authorized to promulgate, adopt, and enforce rules for the charging of fees for services provided by mental health and substance use disorders providers.

Based on your adjusted annual income and the number of dependents, it has been determined that your financial responsibility will be _____ percent of the fees charged for services. This includes any portion of your fees not covered by insurance, CHAMPUS, or services not covered by Medicaid.

I affirm that the statements made by me herein are true and correct to the best of my knowledge.

I understand that I am responsible for the total amount due by me and agree to pay at the time of service or on a monthly basis as per prior arrangements. If it becomes necessary for the Department to initiate collection action to recoup unpaid fees, I understand that I am responsible for all cost incurred by the Department.

Client/Parent/Responsible Party Signature

Date

I affirm that I have requested verification of income and allowable monthly deductions from the family. I have accurately and completely documented all information made available to me, attached copies of all available documents verifying income and monthly expenses, and used information provided to me to calculate the family's financial responsibility according to Division of Behavioral Health rules.

Staff Signature

Date

Departamento de Salud y Bienestar de Idaho
Autorización para Divulgar Información

Por favor complete y devuelva esta información a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.

Disponible en Español. Proveemos los servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 o al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

Información del Cliente

Nombre del Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____
(Primero, Segundo, Apellido)

Dirección para Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Información del Solicitante

(Debe de completarse si la autorización esta siendo llenada por otra persona ajena al sujeto de la información. Por favor provea documentación de su autoridad).

Nombre del Solicitante (de ser diferente al del cliente) _____ Teléfono _____

Dirección Para Enviar Correspondencia _____ Estado _____ Apartado Postal _____

Detalles de Autorización

Yo autorizo a la siguiente persona, organización o negocios _____

a divulgar mi información confidencial a: Nombre _____

Dirección: _____ Estado _____ Apartado Postal _____

con el propósito de _____

Por favor describa en detalle la información a ser divulgada _____

Esta autorización expirara en 6 meses amenos que otra fecha o evento sea especificado aquí _____

Yo entiendo que, cuando yo pida una copia del formulario de autorización completo y firmado, me estará disponible. Yo entiendo que, puedo revocar esta autorización por escrito, a cualquier hora, excepto en el grado en que se haya tomado acción confiando en esta autorización. Yo puedo someter por escrito una declaración de revocación a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar. Yo entiendo que la persona o entidad que reciba mi información confidencial puede que no este requerida a prevenir la divulgación o uso no autorizado de la misma.

Yo entiendo que esta autorización, a menos que yo exprese por escrito una limitación, será extendida en todos los aspectos de mi tratamiento incluyendo pruebas y/o tratamiento para enfermedades de contagio sexual, SIDA, o infección de VIH, abuso de alcohol y/o drogas y condición de salud mental.

Yo entiendo que mi firma en este formulario no es requerida par el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, y que una copia de esta autorización será tan valida como una original.

Su Firma _____ **Fecha** _____

Su firma deberá de ser notariada si no nos es posible verificar su identidad y si usted somete esta solicitud por correo.