



Multicultural Recovery Center Inc.
"We Help Put The Pieces Back Together Again!"

Office: (214) 609-3300

Fax: (972) 212-7364

Solicitud

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Condado: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Podemos Contactar? Sí No

Teléfono de Casa: _____ Podemos Contactar? Sí No

Celular: _____ Podemos Contactar? Sí No

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: Masculino Femenino

Estado Civil: Menor Solo/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Empleador: _____ Ocupación: _____

Último Grado/Escuela Completada: _____ Seguro Social #: ____-____-____

Si está casado/a, separado/a, divorciado/a o viuda, por cuanto tiempo?: _____

Nombre de su pareja: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Tiene hijos? : Sí No Cuantos hijos? _____

Nombre de niños / Otros en el hogar	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad	Vive con tigo?
_____	_____	_____	_____	Sí / No
_____	_____	_____	_____	Sí / No
_____	_____	_____	_____	Sí / No
_____	_____	_____	_____	Sí / No

Médico de atención primaria: _____ Fecha del ultimo examen físico: _____

¿Actualmente esta bajo tratamiento Psiquiatrico y/o Terapeuta? Yes No

Si la respuesta es si propocione lo siguiente. Nombre de Proveedor/a: _____

Número de Oficina: (____) _____ - _____ Dirección: _____

Está tomando algún medicamento(s): Sí No Si su respuesta es si, que tipo medicamento(s)? _____

Cualquier problema de salud? : _____

Farmacia Preferida: _____ Dirección: _____

En caso de Emergencia:

Autorizo a contactar con: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Cómo se enteró de nosotros? _____



Multicultural Recovery Center Inc.
"We Help Put The Pieces Back Together Again"

AVISO DE PRÁCTICA PRIVADA

Ley de probabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA) y la ley de prevención, tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

Cuando reciba tratamiento o beneficios (Medicaid) de multicultural Recovery Center Inc. obtendremos y/o crearemos información de salud sobre usted. La información de salud incluye cualquier información relacionada con a) su salud física o mental pasada, presente o futura o su condición b) la atención médica que se le proporcionó y c) el pago pasado, presente o futuro de su atención médica.

El siguiente aviso le informa sobre nuestro deber de proteger su información de salud, sus mallas de privacidad y cómo podemos usar o divulgar su información de salud.

Deberes del centro de recuperación multicultural Inc.:

- La ley nos obliga a proteger la privacidad de su información de salud. Esto significa que no utilizaremos ni permitirá que otras personas vean su información de salud sin su permiso, excepto en las formas en que le informemos en este aviso. Salvaguardarán su información de salud y la mantendremos privada. Esta protección se aplica a toda la información de salud que tenemos sobre usted, sin importar cuándo o dónde recibió o buscó servicios. No le contaremos a nadie si usted buscó, está recibiendo o ha recibido servicios de nosotros, a menos que la ley permita divulgar esa información.
- Le pediremos su permiso por escrito (autorización) para usar o divulgar su información de salud. Hay ocasiones en las que se nos permite usar o divulgar su información médica sin su permiso, como se explica en este aviso. Si nos da su permiso para usar o divulgar su información de salud, puede retirarla (revocarla) en cualquier momento. Si revoca su permiso, no seremos responsables por usar o divulgar su información de salud antes de que supiéramos que revocó su permiso. Para revocar su permiso, envíe una declaración por escrito, firmada por usted, a multicultural Recovery Center Inc., proporcionando la fecha y el propósito del permiso y diciendo que desea revocarlo.
- Estamos obligados a darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas privadas, y debemos hacer lo que este aviso dice. Le pediremos que firme un acuse de recibo de que ha recibido este aviso. Podemos cambiar el contenido de este aviso y, si lo hacemos, tendremos copias del nuevo aviso en nuestras instalaciones. El nuevo aviso se aplicará a toda la información de salud que tengamos, sin importar cuándo hayamos conseguido o creado la información.
- Nuestros empleados deben proteger la privacidad de su información de salud como parte de sus trabajos. No dejemos que nuestros empleados vean su información de salud a menos que la necesiten como parte de su trabajo. Castigaremos a los empleados que no protejan la privacidad de su información de salud.
- No revelaremos información sobre usted relacionada con el VIH/SIDA sin su escrito específico, a menos que la ley nos permita divulgar la información.



Multicultural Recovery Center Inc.
"We Help Put The Pieces Back Together Again"

- Si está siendo tratado por abuso de alcohol o drogas, sus registros están protegidos por la Ley Federal y las regulaciones que se encuentran en el Código de Regulaciones Federales en el título 42, Parte 2. La violación de estas leyes que protegen los registros de tratamiento de abuso de alcohol o drogas es un delito, y la presunta violación puede ser reportada a las autoridades apropiadas de acuerdo con las regulaciones federales. Las leyes y reglamentos federales no protegen ninguna información sobre sospechas de abuso o negligencia infantil de estar bajo la ley estatal a las autoridades apropiadas o locales.

SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD EN MULTICULTURAL RECOVERY CENTER INC.

- Puede solicitarnos que corriamos la información en sus registros si cree que la información es incorrecta. No destruiremos ni cambiaremos nuestros registros, pero le agregaremos la información correcta a los registros y tomaremos una nota en sus registros de que usted ha proporcionado la información.
- Puede ver u obtener una copia de la información de salud que tenemos sobre usted. Hay algunas razones por las que no le dejaremos ver u obtener una copia de su información de salud, y si denegamos su solicitud le diremos por qué. Puede apelar nuestra decisión en algunas situaciones. Puede elegir obtener un resumen de su información de salud en lugar de una copia, si desea un resumen o una copia de su información de salud; es posible que tenga que pagar una tarifa razonable por ello.
- Puede obtener una lista de cuándo ha dado información médica sobre usted a otras personas en los últimos seis años. La lista no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, seguridad nacional, aplicación de la ley o divulgaciones donde usted dio su permiso. La lista no incluirá las divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003. No se cobrará por una lista por año.
- Puede solicitarnos que limitemos algunas de las formas en que usamos o compartimos su información médica. Consideraremos su solicitud, pero la ley no nos obliga a aceptarla. Si estamos de acuerdo, pondremos el acuerdo por escrito y lo seguiremos, excepto en caso de emergencia. No podemos aceptar limitar los usos o el intercambio de la información que requiere la ley.
- Puede solicitarnos que nos pongamos en contacto con usted en un lugar diferente o de alguna otra manera. Aceptaremos su solicitud siempre y cuando sea razonable.
- Puede obtener una copia de este aviso cada vez que lo solicite.

Podemos usar o divulgar su información médica para brindarle atención, para obtener el pago de esa atención o por nuestras propias operaciones de atención médica.

Tratamiento: podemos usar o divulgar su información médica para proporcionar, coordinar o administrar la atención médica o servicios relacionados. Esto incluye brindarle atención, consultar con otro proveedor de atención médica sobre usted y derivarlo a otro proveedor de atención médica. (Hospital Terrell, Hospital Green Oaks, etc.). A menos que nos pida que no lo hagamos, también podemos comunicarnos con usted para recordarle una cita o para ofrecer alternativas de tratamiento u otra información relacionada con la salud que pueda interesarle.

Pago: Podemos usar o divulgar su información médica para obtener el pago por brindarle atención médica a usted o a usted bajo un plan de salud como el programa Medicaid y otros.

También podemos usar su información médica para operaciones de atención médica como:

1-Actividades para mejorar la atención médica, evaluar programas y desarrollar procedimientos.



Multicultural Recovery Center Inc.
"We Help Put The Pieces Back Together Again!"

- 2- Gestión de casos y coordinación de la atención.
- 3- Revisar la competencia, las cualificaciones, el desempeño de los profesionales de la salud y otros.
- 4- Llevar a cabo programas de capacitación y resolver quejas internas.
- 5- Realización de actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credencialización.
- 6- Para revisión médica, servicios legales o funciones de auditoría.
- 7- Participar en la planificación y gestión empresarial o en la administración general.

A menos que esté recibiendo tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, Multicultural Recovery Center Inc. está autorizado a usar o divulgar su información de salud sin su permiso para el siguiente propósito.

- 1- Cuando lo exija la ley
- 2- Para hacer frente a una amenaza grave para la salud o la seguridad
- 3- Denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil
- 4- A una autoridad gubernamental si pensamos que usted es víctima de abuso
- 5- Para actividades de salud pública y supervisión de la salud
- 6- Para cumplir con los requisitos legales
- 7- Para fines relacionados con la muerte
- 8- A una Institución Correccional
- 9- Para programas de beneficios del gobierno
- 10- Para usted LAR (Representante Autorizado Legal)
- 11- En procedimientos administrativos: Procedimientos de compromiso, Tribunal ordenó exámenes, Procedimientos relativos a abuso o negligencia, Procedimientos de revocación de licencias.
- 12- Al Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Si también está siendo tratado por abuso de alcohol o drogas, Multicultural Recovery Center Inc. no le dirá a ninguna persona no autorizada fuera de Multicultural Recovery Center Inc. que ha sido admitido en Multicultural Recovery Center Inc. o que está siendo para el abuso de alcohol o drogas, sin su permiso por escrito. No divulgaremos ninguna información que lo identifique como consumidor de alcohol, drogas o sustancias, excepto según lo permita la ley.



Multicultural Recovery Center Inc.
"We Help Put The Pieces Back Together Again"

ID# _____ DOB: _____

NAME: _____

SSN: _____

Multicultural Recovery Center Inc. solo puede divulgar información sobre su tratamiento para el abuso de alcohol o drogas sin su permiso en las siguientes circunstancias

- 1- Orden judicial que cumpla con 42 código sin Regulaciones Federales Parte 2 Subparte E
- 2- Al personal médico en una emergencia médica
- 3- Al personal cualificado para investigación, auditoría o evaluación del programa
- 4- Denunciar sospechas de abuso o negligencia infantil
- 5- Al Departamento de Servicios de Protección y Regulación de Texas (Advocacy Inc.), según lo permita la ley para investigar un informe que ha sido abusado o han negado sus derechos.

La Ley Federal y Estatal prohíbe la divulgación de información sobre el tratamiento con alcohol o drogas sin su permiso. Si cree que Multicultural Recovery Center Inc. ha violado sus derechos de privacidad, tiene derecho a presentar una queja. Por favor, póngase en contacto con:

Ana Sanchez, Gerente de Oficina

(214) 609-3300

Multicultural Recovery Center Inc. no tomará represalias en su contra si presenta una queja.

También puede presentar una queja ante: TDMHMR Consumer Services and Rights Protections/
Ombudsman office.

(512) 206-5670 (Austin) o (800) 252-8154 P.O. Box 12668. Austin Tx 78711

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

200 Independence Av, SW

Washington, DC 20201

(800) 368-1019

Debe presentar su queja dentro de los 180 días posteriores a la suntó o debería haber sabido sobre el evento que cree que violó sus derechos de privacidad.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____



ID# _____	DOB: _____
NAME: _____	
SSN: _____	

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Yo, _____, doy consentimiento para el Centro de Recuperación Multicultural, Inc. para proveer tratamiento/servicios. Entiendo que estos servicios incluyen una evaluación y evaluación para ayudar a determinar mis necesidades de tratamiento o servicio. También entiendo que es importante para mí proporcionar información detallada y precisa en respuesta a mi evaluación.

Después de mi evaluación y antes de firmar mi plan de servicio individualizado, voy a recibir una explicación detallada en un idioma o método entendido por mí del programa de tratamiento propuesto. Esta explicación cubrirá los tipos de servicios que el centro de recuperación multicultural, Inc. ha determinado que sería más beneficioso. Además, recibiré una explicación de los tratamientos/servicios alternativos a mi programa de tratamiento propuesto. Si hay algún cambio en mi programa de tratamiento/servicio, se me explicarán y mi consentimiento para estos cambios se obtendrá antes de los cambios que se llevan a cabo.

Entiendo que mis registros pueden ser intercambiados según sea necesario con otros componentes del Departamento de edad y el sistema de prestación de servicios de desactivación, que incluye los hospitales estatales, escuelas estatales, centros comunitarios, y otros proveedores de servicio designados y el Departamento de servicios de salud del estado.

Autorizo a Centro de Recuperación Multicultural Inc. a divulgar cualquier y todos los registros, médicos y de otro tipo (incluyendo la información sobre el tratamiento del alcohol/drogas y el estado del VIH, si corresponde), con el fin de obtener información financiera para establecer y cobrar cargos por los servicios prestados; para determinar la elegibilidad para beneficios; y presentar/perseguir reclamos de seguros por servicios prestados por multicultural Recovery Center Inc. La cesión de beneficios expirará al momento de la disposición de todas las reclamaciones de seguro pendientes. Puedo retirar este consentimiento para los servicios enviando mi retiro por escrito en cualquier momento. El personal del Centro de Recuperación Multicultural Inc. está disponible para asistirme en el retiro del consentimiento si es necesario. Este consentimiento es válido sólo durante doce (12) meses y debe renovarse anualmente si el consumidor continúa con los servicios.

Firma del Consumidor y/o Representante

Fecha

Firma del Padre/Representante o de la Repulsa Legal

Fecha

Estatus Legal: Adulto Menor La Custodia

Firma Del Personal: _____

Fecha: _____



Multicultural Recovery Center Inc.
"We Help Put The Pieces Back Together Again!"

ID# _____	DOB: _____
NAME: _____	
SSN: _____	

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA/EXPEDIENTES MÉDICOS

Yo _____ autorizo lo siguiente:

Nombre de la persona u organización : _____

Dirección : _____ Teléfono : _____

PARA INTERCAMBIAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Para coordinar el tratamiento: (Médico, salud mental, incluido el abuso de alcohol y sustancias)

Información de diagnóstic

Pruebas Psicologicas

Manejo de medicamentos

Información de tratamiento desde la fecha: _____ a _____

Otro: _____

Breve Descripción Clínica :

Esta información está protegida por la Ley de Privacidad, la Oficina de Abuso de Drogas y la Ley de Tratamiento, y la Ley de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación Integral del Abuso de Alcohol y Alcoholismo.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado la decisión de confiar en él si no fue revocado previamente, este consentimiento terminará un año después de la fecha que se detalla a continuación.

Firma del Paciente / Padre / Representante Autorizado

Fecha

Testigo

Fecha

PROHIBICIÓN SOBRE LA REDISCLOSIÓN: ESTA INFORMACIÓN HA SIDO DIVULGADA A USTED DE LOS REGISTROS QUE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA CONFIDENCIALIDAD ESTÁ PROTEGIDA POR LA LEY FEDERAL; LAS REGULACIONES FEDERALES (42 CFR, PARTE 2) PROHIBEN QUE HAGA CUALQUIER DIVULGACIÓN ADICIONAL DE ESTA INFORMACIÓN, EXCEPTO CON EL CONSENTIMIENTO ESCRITO ESPECÍFICO DE LA PERSONA A QUIÉN DEBE HACERLO. UNA AUTORIZACIÓN GENERAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA O DE OTRO LUGAR DE OTRA PARTE NO ESTÁ SUFICIENTE PARA ESTE PROPÓSITO DE LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES, EL ESTADO QUE CUALQUIER PERSONA QUE HA VIOLADO LA PROVISIÓN DE ESTA LEY NO SERÁ FINALIZADA MÁS DE \$ 500 EN EL CASO DE UNA PRIMERA OFERTA MÁS DE \$ 5,000 EN CASO DE CADA OFENSO.

El Inventario Rápido de la Sintomatología Depresiva (Reporte Personal) (QIDS-SR16)

Nombre del Paciente o ID: _____ Fecha: _____

CONSULTE LA UNA RESPUESTA A CADA TEMA QUE MEJOR LE DESCRIBE PARA LOS DÍAS PASADOS.

Durante los últimos siete días.....

1. Quedarse dormido:
 - 0 Nunca tomo más de 30 minutos para dormir
 - 1 Me tomo al menos 30 minutos para dormirme, menos de la mitad del tiempo.
 - 2 Me tomo al menos 30 minutos para dormirme, más de la mitad del tiempo.
 - 3 Me tomo más de 60 minutos en caer dormido, más de la mitad del tiempo.
2. Dormir durante la noche
 - 0 No me despierto por la noche.
 - 1 Tengo un sueño inquieto y ligero con unos breves despertares cada noche.
 - 2 Me despierto al menos una vez por noche, pero vuelvo para dormir fácilmente.
 - 3 Me despierto más de una vez por noche y me quedo despierto durante 20 minutos o más, más de la mitad del tiempo.
3. Despertar demasiado temprano:
 - 0 La mayoría de las veces, no despierto más de 30 minutos antes de que necesite levantarme.
 - 1 Más de la mitad del tiempo, despierto más de 30 minutos antes de que necesite levantarme.
 - 2 Casi siempre despierto al menos una hora o así que antes de que tenga que hacerlo, pero vuelvo a dormir Eventualmente.
 - 3 Me despierto al menos una hora antes de que necesite, y no puedo volver a dormir.
4. Dormir demasiado:
 - 0 horas en un período de 24 horas incluyendo siestas.
 - 1 Duermo no más de 10 horas en 24 horas período incluyendo siestas.
 - 2 Duermo no más de 12 horas en 24 horas período incluyendo siestas.
 - 3 Duermo más de 12 horas en 24 horas período incluyendo siestas.

Durante los últimos siete días

5. Sentirse triste:
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste menos de la mitad del tiempo.
 - 2 Me siento triste más de la mitad del tiempo.
 - 3 Me siento triste casi todo el tiempo.

Por favor complete 6 o 7 (no ambos)

6. Disminución del apetito:

- 0 No hay ningún cambio en mi apetito habitual.
- 1 Como algo menos a menudo o cantidades menores de comida de lo habitual.
- 2 Como mucho menos de lo habitual y sólo con esfuerzo personal.
- 3 Rara vez como dentro de un período de 24 horas, y sólo con un esfuerzo personal extremo o cuando otros persuadirme de comer.

- O -

7. Aumento del apetito:

- 0 Regularmente como con más frecuencia y/o más cantidades de comida de lo habitual.
- 1 Siento la necesidad de comer con más frecuencia de lo habitual.
- 2 No hay ningún cambio con mi apetito habitual comida de lo habitual.
- 3 Me siento impulsado a comer en exceso tanto a la hora de comer como entre comidas.

Por favor complete 8 o 9 (no ambos)

8. Disminución del peso (dentro de las últimas dos semanas):

- 0 No he tenido un cambio en mi peso.
- 1 Siento como si hubiera tenido una ligera pérdida de peso.
- 2 He perdido 2 libras o más.
- 3 He perdido 5 libras o más.

- O -

9. Aumento de peso (dentro de las últimas dos semanas):

- 0 No he tenido un cambio en mi peso.
- 1 Siento como si hubiera tenido un ligero aumento de peso.
- 2 He ganado 2 libras o más.
- 3 He ganado 5 libras o más

El Inventario Rápido de la Sintomatología Depresiva (Reporte Personal) (QIDS-SR16)

Nombre del Paciente o ID: _____ Fecha: _____

Durante los últimos siete días.....

10. Concentración / Toma de decisiones:

- 0 No hay ningún cambio en mi capacidad habitual para concentrarse o tomar decisiones.
- 1 De vez en cuando me siento indeciso o encuentro que mi la atención vaga.
- 2 La mayoría de las veces, me cuesta centrar mi atención para tomar decisiones.
- 3 No puedo concentrarme lo suficiente mente para leer o no puede tomar decisiones menores.

11. Vista de mí mismo:

- 0 Me veo igual de valioso y merecido como otras personas.
- 1 Soy más autoculpado de lo habitual.
- 2 Creo en gran medida que causaré problemas a los demás.
- 3 Pienso casi constantemente en lo mayor y lo menor defectos en mí mismo.

12. Pensamientos de muerte o suicidio:

- 0 No pienso en el suicidio o la muerte.
- 1 Siento que la vida está vacía o me pregunto si vale la pena living.
- 2 Pienso en el suicidio o la muerte varias veces a la semana para varios minutos.
- 3 Pienso en el suicidio o la muerte varias veces al día en algunos detalles, o he hecho planes específicos para suicidio o en realidad han tratado de quitarme la vida.

13. Interés general

- 0 No hay ningún cambio de lo habitual en lo interesado que estoy en otras personas o actividades.
- 1 Noto que estoy menos interesado en las personas o Actividades.
- 2 Me parece que tengo interés en sólo uno o dos de mis actividades anteriormente llevadas a cabo.
- 3 Prácticamente no tengo ningún interés en Actividades.

Durante los últimos siete días.....

14. Nivel de energía:

- 0 No hay ningún cambio en mi nivel habitual de energía.
- 1 Me canso más fácilmente de lo habitual.
- 2 Tengo que hacer un gran esfuerzo para iniciar o terminar mi actividades diarias habituales (por ejemplo, compras, tareas, cocinar o ir a trabajar).
- 3 Realmente no puedo llevar a cabo la mayor parte de mi día a día habitual actividades porque simplemente no tengo la energía.

15. Sentirse más lento:

- 0 Pienso, hablo y me muevo a mi velocidad habitual.
- 1 Me doy cuenta de que mi pensamiento se ralentiza o mi voz suena aburrido o plano.
- 2 Me toma varios segundos responder a la mayoría preguntas y estoy seguro de que mi pensamiento se ralentiza.
- 3 A menudo no puedo responder a las preguntas sin esfuerzo extremo.

16. Sentirse inquieto:

- 0 No me siento inquieto.
- 1 A menudo estoy inquieto, retorciéndome las manos, o necesito cambiar cómo estoy sentado.
- 2 Tengo impulsos para moverme y estoy bastante Inquieto.
- 3 A veces, no puedo permanecer sentado y necesito paso alrededor.