

EVALUATION/THERAPY INTAKE/REFERRAL FORM-SPANISH

VERSION

Favor de completar y enviar con los documentos adjuntos necesarios. Enviar vía Fax al 212-420-1906 Attention: Rivka/Pearl

Fecha del Referido: _____ **Nombre del Individuo:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___
Género: M F Otro **Número de Medicaid :** _____ **# Seguro Social:** _____ - _____ - _____
TABS ID: _____ **Nombre del Cuidador:** _____
Celular :(____) _____ **Momento del día que prefiere ser llamado** _____
Correo electrónico: _____
Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____
Vive con Familia 'In Group Home' Otro: _____
Escuela/Programa diurno: _____ **Teléfono :** _____
Dirección de la escuela: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____
Código postal: _____
Referido por: _____ **Rol/Rel. con el Individuo:** _____
Agencia que refiere: _____ **Teléfono #:** (____) _____ **Email:** _____
Dirección de la agencia: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

¿Qué servicio(s) la familia/individuo está interesado en recibir? Favor de marcar todas las opciones que aplican.

Eval Psicosocial/Inicial Evaluación Psicológica Terapia Conductual Evaluación Psiquiátrica

Consejería: Individual Familia Para padres/cuidadores **Grupos:** Apoyo para Padres/Cuidadores Destrezas Sociales Intervención en Crisis

Con justificación: O/T P/T T/Habla Elegibilidad HCBS Otro: _____

Si una evaluación específica es necesaria, describa la razón de la misma: (ej. para aplicar a un servicio específico/ programa, actualizar una evaluación, etc.)

Describe los síntomas actuales: _____

Marque los diagnósticos previos o actuales que apliquen:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desorden de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Síndrome Down | <input type="checkbox"/> Desorden de estado del ánimo | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención e hiperactividad | <input type="checkbox"/> Desorden de la Alimentación | <input type="checkbox"/> Deterioro Neurológico | <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo |
| <input type="checkbox"/> Desorden del Espectro del Autismo | <input type="checkbox"/> Deficiencia Intelectual | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Problemas del Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo | _____ |

NOTA: *Por favor escriba todos los servicios clínicos y educativos que está recibiendo en estos momentos en cualquier programa. Describa cualquier sospecha o confirmación de trauma así como abuso, hospitalizaciones, entre otros (adjunte información o documentos adicionales de ser necesario).*

Idioma de la Familia: Inglés Español Cantonés Mandarín Otro: _____

Idioma del Individuo: No –Nonverbal or AAC Sí, en cual idioma el/ella se comunica Inglés

Español Cantonés Mandarín Otro _____

Se requiere traducción: No Sí- Si es así, en qué idioma o dialecto _____

Nota: los miembros de la familia no pueden traducir durante una evaluación. Si es necesario, se organizará un traductor. Si la



persona no estará acompañada por su padre o tutor legal, los consentimientos formales deben solicitarse con anticipación y firmarse antes de su cita, y el padre / tutor debe estar disponible por teléfono durante el horario de la cita.

Documentos requeridos: Para realizar un referido favor de enviar este documento vía fax junto con los siguientes documentos: **Examen médico (no mayor a 6 meses), copia de todas las evaluaciones previas (Evaluaciones educativas, evaluaciones de intervención temprana o referidos del médico), copia del PEI (IEP), copia de la tarjeta del plan médico Medicaid/ Insurance y copia de la tarjeta de seguro social. Para servicios HCBS se requiere copia del CANS más reciente.**

Para los documentos que no están disponibles, favor provea un comunicado escrito por el encargado o la persona/agencia que refiere.

No escriba debajo de esta línea:

Fecha de la Evaluación inicial: _____ Hora: _____ Especialista : _____
Fecha de la Evaluación inicial: _____ Hora: _____ Especialista : _____

Notas adicionales: _____



Consentimiento para la Divulgación de Información

de Referencia: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Médico de atención primaria: _____ Atención: _____ Tel #: _____ Fax #: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

(Apt, Municipio, Ciudad, Estado)

Nombre de aseguradora de salud: _____ #Póliza: _____ #Medicaid: _____

#Sequence: _____ #Medicare: _____ #Grupo: _____

Nombre de titular de la póliza: _____ Social Security del titular de póliza: _____

Relación al Paciente: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Co Seguro Tel/ Dirección para Proveedores: _____ o adjunte una copia de la tarjeta frente y atrás

Información Medico: Con el fin de ayudar con nuestra(s) evaluacion(es) y/o cuidado del niño mencionado anteriormente, agradeceríamos recibir la información mas reciente de sus registros de un tratamiento en los últimos 2 años, incluyendo laboratorios, otros resultados de pruebas, diagnósticos, medicamentos recetados, asesoramientos /evaluaciones, diagnósticos, medicamentos recetados, asesoramientos, evaluaciones, notas de servicio/ progreso.

Fecha: ___/___/___ Fax: _____ Atención: _____

Fecha: ___/___/___ Fax: _____ Atención: _____

Información Educativa: Asesoramientos o evaluaciones, diagnósticos, notas de servicio y/o notas de progreso

Fecha: ___/___/___ Fax: _____ Atención: _____

Fecha: ___/___/___ Fax: _____ Atención: _____

Divulgación de Información del Programa Interno: Doy mi consentimiento para que la información sobre el paciente mencionado anteriormente se comparta con otros programas y / o servicios relacionados a CARES para determinar si me ayudará a mí, a mi hijo y / o a mi familia. Entiendo que no tengo ninguna obligación de hacer uso de ninguno de estos programas o servicios si se ofrecen y esto no afectará los servicios que estoy buscando.

Autorización para la Divulgación de Información: Yo autorizo a CARES y a su designado a divulgar/solicitar cualquier información relacionada con mi cuidado y tratamiento para facilitar la continuidad de la atención, evaluaciones / diagnósticos, planificación del tratamiento, medicamentos recetados, resultados de pruebas u otra información sobre servicios requeridos/recibido

Autorización de Tratamiento: Yo autorizo a CARES, y al médico (s) a cargo de mi atención, a llevar a cabo dichos procedimientos de diagnóstico, administrar tratamientos, ordenar pruebas de laboratorio, proporcionar medicamentos y / o vacunas si se considera necesario y aconsejable en mi diagnóstico o tratamiento. Yo acepto la responsabilidad de notificar a CARES de cualquier cambio en mi cobertura médica, dirección o número de teléfono.

Envíe por fax la información solicitada al 212-420-1906 o comuníquese con Pearl Ratz para obtener más información al 212-420-1970 ext. 123. Alternativamente, se puede enviar por correo a 465 Grand Street, 2nd Floor, New York, NY 10002, Attention Pearl Ratz. Se concede permiso para obtener / divulgar información sobre el paciente mencionado anteriormente CARES como se indicó anteriormente.

Nombre del paciente:

Firma del Paciente (si es su propio guardián)

Padre/ Guardian/ Representante Nombre:

Relación al Paciente:

Padre/ Guardian/ Representante Firma:

Fecha:



Responsabilidades del Paciente

Reconozco y me comprometo a lo siguiente en relación con el recibimiento de un servicio(s) de CARES:

- Para ofrecer mi información actual de cobertura de salud de seguro y para notificar a mi(s) proveedor(es) y coordinador de admisión si la información ha cambiado desde mi última visita. Si su seguro requiere cualquier autorización previa, nuestro personal le informará y le ayudará a obtenerla. Se le notificará si su plan de seguro requiere cualquier copago. Cualquier tarifa o copago debe pagarse en efectivo o con tarjeta de crédito antes de que pueda ocurrir un servicio.
- Si la información de mi seguro cambia y no notifiqué a CARES, seré responsable de pagar todos los servicios
- Daré mi dirección actual y número de teléfono e informare por cualquier cambio lo antes posible.
- Mantener mis citas programadas con todos los proveedores
- Para llamar con 24 horas de anticipación si debe cancelar una cita programada.
- En caso de emergencia, llamar lo más pronto posible
- Participar en el desarrollo de las metas y objetivos de mi plan de tratamiento con mi(s) proveedor(es)
- Para discutir con mi(s) proveedor(es) la participación de miembros de la familia u otras personas que creo que pueden ser útiles en la realización de mi plan de tratamiento.
- Para compartir con mi proveedor(s) cualquier información sobre tratamientos anteriores para ayudar a desarrollar un plan de tratamiento apropiado
- Para discutir cualquier inquietud que pueda tener con mi(s) proveedor(es)
- Para cumplir con los medicamentos recetados o para presentar mis inquietudes al personal sobre cualquier medicamento que han sido prescritos.
- Para informar a mi(s) proveedor(es) de cualquier condición médica o diagnóstico nuevo que reciba tan pronto sea posible, ya que esto puede afectar mi plan de tratamiento.

Entiendo mis responsabilidades y he tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta.

Nombre del paciente:

Firma del Paciente (si es su propio guardián)

Padre/ Guardian/ Representante Nombre:

Relación al Paciente:

Padre/ Guardian/ Representante Firma:

Fecha:



Historial Médico Del Paciente

Fecha del examen Médico Adjunto: _____

Nombre del Paciente: _____

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o 2 | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Adicción a drogas | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Infección de oídos | <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Problemas nasales (Sinusitis) |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Fumador |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Reemplazo/implante de articulación | <input type="checkbox"/> Dieta especial |
| <input type="checkbox"/> Moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas de riñones | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/úlceras |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Cansancio frecuente | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos cardiaco | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Edema de tobillos (inflamación) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> fiebre del heno (<i>Hay fever</i>) | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Nerviosismo | <input type="checkbox"/> transfusión |
| <input type="checkbox"/> Herpes oral (<i>cold sore</i>) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Tos persistente | <input type="checkbox"/> tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Lentes correctivos | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Aumento de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____ | <input type="checkbox"/> Válvula cardiaca | | <input type="checkbox"/> Depresión |

Alergias: NO SI, Por favor indicar alergias: _____

Reacciones alérgicas en los últimos 24 meses: _____

Hospitaizaciones: _____

Enfermedades de niñez y fecha(s) Sarampión ___/___/___ Varicela ___/___/___
 Escarlatina ___/___/___ Paperas ___/___/___ Rubéola ___/___/___

Historial de Vacunas y Fecha:

Tétanos/Difteria ___/___/___ Polio ___/___/___ PPD/Mantoux (tuberculosis) ___/___/___ (Resultados _____)
 Sarampión/paperas/rubéola ___/___/___ Hepatitis B ___/___/___ BCG ___/___/___ Influenza ___/___/___
 Otras: _____

Medicamentos Actuales:

Nombre: _____ Frecuencia: _____
Nombre: _____ Frecuencia: _____
Nombre: _____ Frecuencia: _____

Si ha utilizado Cortizona o Cumadin recientemente indique el tiempo: _____

Solo para MUJERES:

¿Está embarazada? SI NO ¿Tiene menstruación/periodo regular? SI NO

Ultima menstruación/periodo: ___/___/___ Ultima mamografía: ___/___/___

¿Utiliza contraceptivos? NO SI, Indique nombre y tipo: _____

Historial Familiar:

Padre: _____ Edad: _____ Madre: _____ Edad: _____

Condición de salud: _____

Hermanos:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino

¿Algún familiar tiene o a tenido alguna de las siguientes condiciones?

Diabetes: Si No

Hipertensión: Si No

Cáncer: Si No

Enfermedad del corazón: Si No

Tuberculosis: Si No

Anemia: Si No

Otro: _____

Otro: _____

Otro: _____



Prácticas De Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestra responsabilidad

Sus Derechos:

Usted tiene el derecho a:

- Solicitar de forma escrita y recibir una copia en papel o electrónica de su expediente médico dentro de 10-15 días.
- Corregir los documentos en su expediente médico electrónico o en papel.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Recibir una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Recibir una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe por usted.
- Hacer una queja si piensa que se han violado sus derechos a la privacidad.

Sus Opciones:

Usted tiene algunas opciones sobre la forma en la que usamos y compartimos su información:

- Dejarle saber a su familiar, amigo o abogado sobre su condición.
- Disponer ayuda en caso de desastre
- Recaudar fondos
- Compartir la información con su CCO, si es necesario

Nuestros Usos de la Información y Divulgaciones

Podríamos usar y compartir su información cuando:

- Damos tratamiento
- Facturamos por sus servicios
- Ayudamos con problemas de salud y seguridad pública
- Hacemos investigaciones
- Cumplimos con la ley
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, si ese es su deseo
- Trabajamos con un médico forense o director de funeraria
- Abordamos la compensación de trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Respondemos a demandas, acciones legales, tribunales, órdenes administrativas o citaciones.

Si usted siente que estamos violando sus derechos, usted puede contactar la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a la siguiente dirección: 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints. No tomaremos acciones contra usted por presentar una queja.

¿De qué otra manera nosotros podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y estudios. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html

Nuestras responsabilidades:

- De ley, tenemos exigido a mantener su privacidad y seguridad de su información de salud
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Háganos saber *por escrito* si cambia de opinión.

Para mas información, visite: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html>

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a ser solicitado, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.



Artículo 16 Derechos y Procedimientos de Quejas

Usted tiene el derecho a:

1. Un plan de tratamiento individualizado y el derecho a participar en la mayor medida del desarrollo y la revisión del mismo, de acuerdo con la capacidad del cliente.
2. Una explicación completa de los servicios ofrecidos de acuerdo con su plan de tratamiento
3. Participar voluntariamente a tratamiento o padre/guardián de menor puede dar consentimiento de tratamiento
4. Recibir cuidado de emergencia si es necesario
5. Un espacio de no fumar
6. Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento, o pronóstico
7. Oponerse o estar en desacuerdo con el plan de tratamiento. El derecho a dar consentimiento informado para los procedimientos o tratamientos propuestos.
8. Recibir la atención y el tratamiento clínicamente adecuado el cual se adapta a las necesidades, se brindará con respeto por su dignidad personal, sin prejuicios, en un ambiente seguro y libre de restricciones innecesarias.
9. Recibir servicios de tal manera que se asegure no discriminar por raza, color, religión, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad o fuente de pago.
10. Ser tratado de manera que se reconozca y se respete su entorno cultural.
11. La privacidad será consistente con la efectividad del tratamiento.
12. Estar en un ambiente libre de abuso y maltrato por los empleados.
13. Revisar su expediente médico sin costo. Obtenga una copia de sus registros médicos a cambio de una tarifa razonable. No se le puede negar una copia de su expediente médico si no puede cumplir con el pago.
14. Participar en estudios. Usted tiene derecho a explicaciones completa para decidir si quiere participar o no.
15. Ser informado de las políticas y procedimientos de quejas de la clínica y el proceso de cómo iniciar cualquier queja u objeción que pueda surgir sin temor a represalias.
16. Un apoderado de atención médica ('Health Care Proxy') para asignar a una persona que tome decisiones en caso de que usted no pueda

Procedimiento de Quejas

Cuando un cliente tenga una queja relacionada a como el terapeuta está manejando su tratamiento, o alguna otra preocupación relacionada a sus servicios, usualmente lo mejor es que sea discutido con el terapeuta encargado primero para ver si la causa de su insatisfacción puede ser resuelta. Usted también puede solicitar por escrito una reunión con el supervisor del terapeuta, el director de la clínica o el encargado. En caso de emergencia, puede solicitar hablar con el Director Ejecutivo o su designado primero y dar un resumen por escrito después. Puede llamar al 212-420-1970 y pedir hablar con un gerente.

En el caso de que su inquietud y preocupación no se resuelva en su satisfacción, usted puede contactar:

Director de Manhattan DDRO
25 Beaver Street
New York, NY 10004
1-646-766-3415

Centro de Justicia
Protección de Personas con Necesidades Especiales
161 Delaware Avenue
Delmar, New York 12054
1-518-549-0200

Oficina del Comisionado
NYS Oficina Para Personas Con
Discapacidades De Desarrollo
44 Holland Avenue
Albany, NY 12229
1-518-473-1997



Derechos de Pacientes en Articulo

New York State Office of Mental Health RIGHTS OF OUTPATIENTS

THESE RIGHTS APPLY TO INDIVIDUALS IN:

- Clinics
- Continuing day treatment
- Day treatment (for children)
- Partial hospitalization
- Intensive psychiatric rehabilitation treatment
- Personalized Recovery Oriented Services (PROS)

The rights of people in outpatient mental health programs are protected by both law and regulation.

Your civil rights continue if you participate in an outpatient program. The law specifically mentions your continued right to register and vote in elections, apply for permits and licenses, take civil service tests and apply for jobs and be appointed without discrimination if you qualify.

Under the law you have the right to be treated confidentially, with respect and dignity by all staff people.

Treatment or access to programs may not be limited or denied because of race, creed, color, sex, national origin, sexual orientation, age, marital status, or disabilities which are unrelated to treatment. If you think that you are being discriminated against on any of these grounds— or if you believe that you are a victim of mental, verbal, physical or sexual abuse—the bottom of this poster tells where you may file an official complaint.

The fact that you are receiving psychiatric treatment does not mean you are mentally incompetent. You are considered legally competent unless a judge has ruled that you are incompetent.

Basic Information

When you are admitted to an outpatient program or shortly after, you should be informed about your rights. These rights may be restricted only upon written order of a physician, to be placed in your clinical record. The order must state the clinical reason for the limitation and the specific time period when it will remain in effect. Your rights may not be limited as punishment or for the convenience of staff people.

These rights are:

- The right to a safe and sanitary environment.
- The right to a balanced and nutritious diet, are served at an outpatient program.
- The right to practice religion.
- The right to freedom from abuse and mistreatment by employees.
- The right to a reasonable amount of safe storage space for clothing and personal property.
- The right to a reasonable degree of privacy, including bathroom privacy.

- The right to receive visitors at reasonable times, to have privacy when visited, and to communicate freely with persons within or outside the program location.
- The right to an individualized service plan and a full explanation of the services provided, and the right to participate to the fullest extent possible in the development of your individualized service plan.
- The right to bring any questions or complaints to the director of the program or the organizations listed below.
- The right to authorize family members and other adults who will be given priority to visit, according to an individual's ability to receive visitors.
- The right to receive clinically appropriate care and treatment suited to your needs and skillfully, safely and humanely administered with full respect for your dignity and personal integrity.
- The right to be treated in a way which acknowledges and respects your cultural environment.

Participation and Objections

For most people, participating in an outpatient program is voluntary. While your full participation is a central goal, if you object to your individualized service plan, or if it is not working to your satisfaction and you want it changed, that alone is not reason to discharge you from the program.

You have the right to make an informed choice on whether you will participate in research projects.

Privacy and Confidentiality

The law protects your right to privacy and confidentiality during treatment. This includes conversations between you and staff people and your written record. You have a right to see the record, upon written request, unless there is a clinical reason why you should not, and to request that your physician discuss your treatment record with you. You may ask to have your record sent to any other service provider or to your attorney. If you are under age 18, a parent or legal guardian may make this request.

Generally, information from your treatment record cannot be released without your written consent.

Problems or Complaints

If you have a problem or complaint, the person who runs the program is responsible for making sure your rights are protected. If this does not work, or is inappropriate, help also is available from:

New York State Office of Mental Health

44 Holland Ave., Albany NY 12229

Toll free: 1-800-597-8481

Dial "711" for the New York Relay Service for people who are deaf or hard of hearing

New York State Justice Center for The Protection of People With Special Needs

Toll free: 1-855-373-2122 (Abuse /Neglect)

or

Tel

information and Referral)

Disability Rights New York

725 Broadway Suite 450, Albany NY 12207

518-433-7851

Toll Free: (Voice and TTY): 1-800-993-0982

Mental Hygiene Legal Services:

The National Alliance on Mental Illness - New York State

99 Pine St. Suite 300, Albany NY 12207; 1-800-950-3228 or (518) 462-2000



Consentimiento De Psyckes

Los Servicios Psiquiátricos y el Sistema par alas mejoras del sistema (PSYCKES) es una aplicación basada en la web mantenida por la Oficina de Salud Mental (OMH) del Estado de Nueva York (NYS). La aplicación contiene información de salud de la base de datos de Medicaid del Estado de Nueva York, información de los registros clínicos e información de otras bases de datos de salud del Estado de Nueva York. Para una lista actualizada y más información sobre las bases de datos de salud del Estado de Nueva York en PSYCKES, visite www.psyckes.org y consulte "Acerca de PSYCKES".

Los datos de PSYCKES incluyen información de identificación (como su nombre y fecha de nacimiento), información sobre los servicios de salud que ha pagado Medicaid, información sobre su historial de atención médica (como el tratamiento de enfermedades o lesiones, resultados de pruebas, listas de medicamentos que tomado), y la información ingresada por usted o su proveedor de tratamiento en la aplicación PSYCKES (como un Plan de seguridad).

La información de salud en PSYCKES puede ayudar a su proveedor a brindar una mejor atención. Con este formulario de consentimiento, puede elegir si desea o no ofrecerle a su proveedor acceso electrónico a su información médica que se encuentra en PSYCKES. Puede ofrecer su consentimiento o negar el consentimiento, y este formulario puede completarse ahora o en una fecha posterior. Su elección no afectará su capacidad para obtener atención médica o cobertura de seguro médico. **Su elección de consentir o denegar el consentimiento no será la base para la desaprobación de sus servicios de salud.**

Si marca el encasillado "**PROPORCIONO CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "Sí, al proveedor y su equipo de trabajo involucrado en mi atención a tener acceso a toda mi información médica que está en PSYCKES".

Si marca el encasillado "**NIEGO EL CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "No, no es posible que este proveedor vea o tenga acceso a mi información médica a través de PSYCKES". ESTO NO SIGNIFICA QUE SU PROVEEDOR ESTÁ ILÍCITO COMPLETAMENTE A ACCEDER A SU INFORMACIÓN MÉDICA. POR EJEMPLO, SI EL PROGRAMA MEDICAID TIENE UNA PREOCUPACIÓN DE CALIDAD ACERCA DE SU ATENCIÓN MÉDICA, ENTONCES BAJO LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES Y ESTATALES, SU PROVEEDOR SI VA A PODER TENER ACCESO A SUS DATOS, PARA ABORDAR LA PREOCUPACIÓN DE CALIDAD. LAS PREOCUPACIONES DE CALIDAD AYUDAN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD A DETERMINAR SI LOS SERVICIOS ADECUADOS SE ESTÁN PROPORCIONANDO EN EL MOMENTO ADECUADO A LAS PERSONAS ADECUADAS. TAMBIÉN, EXISTEN EXCEPCIONES A LAS LEYES DE CONFIDENCIALIDAD QUE PUEDEN PERMITIRLE A SU PROVEEDOR OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA FINES DE TRATAMIENTO DIRECTAMENTE DE OTRO PROVEEDOR, BAJO LAS LEYES Y REGULACIONES ESTATALES Y FEDERALES.

PROPORCIONO CONSENTIMIENTO para que este proveedor acceda a TODA mi información médica electrónica que se encuentra en PSYCKES con relación al ofrecimiento de servicios de atención médica.

NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que este proveedor de salud acceda a mi información médica electrónica que se encuentra en PSYCKES; sin embargo, entiendo que mi proveedor puede obtener mi información, incluso sin mi consentimiento, para ciertos propósitos limitados si lo autorizan específicamente las leyes y regulaciones estatales y federales.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del Paciente

Numero de Medicaid ID del Paciente

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre de Representante Legal (Si aplica)

Relación del Representante Legal con el Paciente (Si aplica)

Firma del Testigo

Nombre del Testigo



Detalles sobre la información del paciente en PSYCKES y el proceso de consentimiento:

1. **Como se puede utilizar su información.** Su proveedor de tratamiento solo puede utilizar su información médica electrónica para:
 - Brindarle tratamiento médico, coordinación de la atención y servicios relacionados.
 - Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica brindada a todos los pacientes.
 - Notificar a los proveedores de tratamiento, si usted ha tenido una emergencia (p. ej., visitar una sala de emergencias)
2. **Qué tipo de información sobre usted se incluye.** Si ofrece su consentimiento, _____ puede acceder a TODA su información de salud electrónica disponible a través de PSYCKES. Esto incluye información creada antes y después de completar este consentimiento. La información en PSYCKES puede incluir información de sus registros médicos, como antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso roto), resultados de pruebas (como radiografías, análisis de sangre o exámenes preventivos), resultados de evaluaciones, y listas de medicamentos que ha tomado. También, se pueden incluir planes de cuidado, planes de seguridad y recomendaciones psiquiátricas que usted y su proveedor de tratamiento hayan desarrollado. Esta información puede estar relacionada con condiciones de salud, que incluyen, pero no se limitan:
 - Condiciones de salud mental
 - Problemas de consumo de drogas/alcohol
 - Control de natalidad y aborto (planificación familiar)
 - Enfermedades o pruebas genéticas
 - VIH/SIDA
 - Enfermedades de transmisión sexual
3. **De dónde proviene la información médica sobre usted en PSYCKES.** Si usted recibió servicios de salud que fueron pagados por Medicaid, la información sobre esos servicios estará en PSYCKES. Si usted recibió servicios en un centro psiquiátrico operado por el estado, la información relacionada con los servicios, obtenida por los expedientes clínicos también estará en PSYCKES. Sin embargo, aunque la información contenida en PSYCKES puede venir de su expediente clínico, su expediente de PSYCKES no es lo mismo que su expediente clínico completo. La información de PSYCKES también puede ser ingresada por usted o su proveedor de tratamiento. La información de salud de otras bases de datos mantenidas por NYS también se incluye en PSYCKES. Se pueden agregar nuevas bases de datos de salud a PSYCKES, según estén disponibles. Para obtener una lista actualizada y más información sobre los datos disponibles en PSYCKES, visite el sitio web de PSYCKES en www.psyckes.org y consulte "Acerca de PSYCKES" o pídale a su proveedor de tratamiento que le imprima la lista.
4. **Quien puede acceder información sobre usted, si da su consentimiento.** Solo estas personas pueden acceder a su información: los médicos de _____ y otros proveedores de tratamiento que participan en su cuidado; proveedores de atención médica que cubren o están de guardia para _____ y miembros del personal que realizan actividades permitidas por este Formulario de consentimiento como se describe anteriormente en el párrafo uno.
5. **Sanciones por acceso o uso inadecuado de su información.** Existen sanciones por el acceso o uso inadecuado de su información médica electrónica. Si usted llega a sospechar que alguien que no debería haber visto o tenido acceso a su información lo ha hecho, llame a _____ al _____ o llame a la Oficina de Relaciones con el Cliente de Salud Mental del Estado de Nueva York al 800-597-8481.
6. **Nueva divulgación de información.** Cualquier información médica electrónica sobre usted puede ser divulgada nuevamente por _____; a otros solo en la medida en que lo permitan las leyes y regulaciones estatales y federales. Esto también se aplica a la información médica sobre usted que existe en papel. Algunas leyes estatales y federales brindan protecciones especiales para algunos tipos de información de salud delicada, incluido el tratamiento del VIH / SIDA y las drogas y el alcohol. Se deben seguir sus requisitos especiales siempre que las personas reciban este tipo de información médica sensible.
7. **Periodo Efectivo.** Este formulario de consentimiento permanecerá en efecto hasta 3 años después de la última fecha en que recibió algún servicio de _____ o hasta el día en que retire su consentimiento, lo que ocurra primero.
8. **Retirar su consentimiento.** Puede retirar su consentimiento en cualquier momento firmando un formulario de retirada de consentimiento y entregándolo a _____. También puede cambiar sus opciones de consentimiento firmando un nuevo formulario de consentimiento en cualquier momento. Puede obtener estos formularios de este proveedor o del sitio web de PSYCKES en www.psyckes.com, o llamando a _____ al _____. Nota: Las organizaciones que acceden a su información médica a través de _____ mientras su consentimiento está en efecto pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Si después decide retirar su consentimiento, no es necesario que lo devuelvan o lo eliminen de sus registros.
9. **Copia del Formulario.** Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario después de firmarlo



DETERMINACIÓN DE DEPENDENCIA A FUMAR

¿Usa productos de tabaco? (Para no fumadores, niños/adolescentes, salte a la sección “para niños” debajo la página)

Si (Continúe completando este formulario) No (**DETÉNGASE- no es necesario continuar con este formulario**)

<p>¿Fumar es “sólo un hábito” o se encuentra adicto? Tome esta prueba para conocer su nivel de dependencia a la nicotina.</p> <p>¿Luego de despertar, cuánto tiempo pasa hasta que fuma su primer cigarrillo?</p> <p><input type="checkbox"/> Después de 60 minutos (0) <input type="checkbox"/> 31-60 minutos (1) <input type="checkbox"/> 6-30 minutos (2) <input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos</p> <p>¿Se le dificulta evitar fumar en lugares donde no es permitido?</p> <p><input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/> Si (1)</p> <p>¿Qué cigarrillo odiaría más tener que dejar?</p> <p><input type="checkbox"/> El primero en la mañana (1) <input type="checkbox"/> Cualquier otro (0)</p> <p>¿Cuántos cigarrillos fuma al día?</p> <p><input type="checkbox"/> 10 o menos (0) <input type="checkbox"/> 11 – 20 (1) <input type="checkbox"/> 21 – 30 (2) <input type="checkbox"/> 31 o más (3)</p> <p>¿Fuma más frecuentemente durante las primeras horas después de levantare que durante el resto del día?</p> <p><input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/> Si (1)</p> <p>¿Fuma a pesar de estar tan enfermo que pase toda la mayoría del día en reposo?</p> <p><input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/> Si (1)</p>	<p>Su nivel de dependencia a nicotina es:</p> <p>0 – 2: Dependencia muy baja 3 – 4: Baja dependencia 5: Dependencia media 6 – 7: Alta dependencia 8 – 10: Dependencia muy alta</p> <p><u>Puntaciones debajo 5:</u> “Su nivel de dependencia a nicotina todavía es baja. Debe actuar ahora antes que su nivel de dependencia aumente.”</p> <p><u>Puntuación de 5:</u> “Su nivel de dependencia es moderado. Si no termina pronto, su nivel de dependencia a nicotina aumentara hasta que este seriamente adicto. Actúe ahora para detener su dependencia a la nicotina.”</p> <p><u>Puntaciones sobre 7:</u> “Su nivel de dependencia es alta. No está en control de cuando fuma – ¡fumar lo controla a usted! Cuando decida abandonarlo, podría hablar con su médico sobre terapia de reemplazo de nicotina o otros medicamentos que podrían ayudarle romper su adicción.</p>
<p>*Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addictions 1991;86:1119-27</p> <p>Su puntuación fue de: _____</p>	

Prueba Fagerstrom para Dependencia a Nicotina *

¿Está listo para dejar de fumar o usar productos de tabaco? Si No

(Terapeuta: Reevalúe con cada plan de tratamiento)

Parar niños: Por favor describa el uso de vaporizador, hookah o tabaco en su ambiente doméstico.



**AUTORIZACIÓN PARA
DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA CONFORME A HIPAA**

Nombre del Paciente (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta autorización debe ser relleno por el paciente o su representante personal para usar/revelar información médica protegida por las leyes y reglamentos estatales y federales. La información puede ser divulgada de conformidad con esta autorización a las partes identificadas en este documento que han demostrado necesitar la información, siempre que no se espere razonablemente que la divulgación sea perjudicial al paciente o a otra persona. Se requiere una autorización diferente para usar o revelar información confidencial relacionada al VIH.

PARTE 1: Autorización para Divulgar Información

Descripción de Información que se usará/divulgara:

Propósito o Necesidad de Información:

Esta información es solicitada:

Por el individuo o su representante personal para revelar a una persona o entidad que a demostrado necesidad de la información; o

Otro (por favor describa) _____

El propósito de la divulgación es (por favor describa):

De: Nombre, Dirección, y título de Persona/ Organización / Instalación/ Programa Divulgando Información

Para: Nombre, Dirección, & Título de Persona/ Organización/ Instalación/ Programa al que se hará esta divulgación

NOTA: Si la misma información será revelada a múltiples partidos con el mismo propósito, en el mismo periodo de tiempo, esta autorización aplicará a todos los partidos listados aquí

Por este medio yo permito el uso o la divulgación de la información anterior a la de Persona/ Organización/ Instalación/ Programa(s) identificadas anteriormente. Yo entiendo que:

Solo la información descrita anteriormente en este formulario puede ser usado y/o revelado por resultado de esta autorización.

Esta información es confidencial y es protegida por las regulaciones federales de privacidad (HIPPA) y la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York y no puede ser legalmente divulgada sin mi permiso.

En caso de que esta información se divulga a alguien que no es requerido cumplir con HIPPA, entonces se podría divulgar de nuevo y ya no será protegido por HIPPA. Sin embargo, esta información todavía estará protegida por la Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York, en la que se prohíbe que esta información sea divulgada de nuevo por quien sea que lo reciba a menos de que la nueva divulgación sea permitida por la ley estatal de Nueva York (Ley de Higiene Mental §33.13).

Tengo el derecho de anular (retirar) esta autorización en cualquier momento. Mi anulación debe estar por escrito en el formulario proporcionado por (ponga el nombre de la instalación/programa): _____

Yo soy consciente de que mi anulación no será efectiva si las personas a las que e autorizado el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, ya han tomado acción por resultado de mi autorización anterior.

Yo no tengo que firmar esta autorización y que mi rechazo en firmar no afectara mis habilidades en obtener tratamiento de la Oficina de Salud Mental de Nueva York, ni afectara mi elegibilidad para beneficios.

Yo tengo derecho a revisar y copiar mi propia información de salud protegida para ser utilizada y/o divulgada (de acuerdo a los requisitos de las regulaciones de privacidad federales protegida debajo 45 CFR §164.524 y Ley de Higiene Mental del Estado de Nueva York §33.16)

Un Solo Uso/ Divulgación: Por este medio autorizo el uso o divulgación de una sola vez de la información descrita con anterioridad a la Persona/ Organización / Instalación/ Programa identificado anteriormente.

Mi autorización expirara:

Cuando se actúa sobre; 90 Días después de esta fecha Otro _____



Nombre de Instalación/Agencia	Nombre del Paciente (Apellido, Primero, S.N.)	# de Caso / Id.
-------------------------------	---	-----------------

Uso/Divulgación Periódico: Por este medio autorizo el uso/divulgación periódica de la información descrita anteriormente a la Persona /Organización/Instalación/ Programa mencionada, las veces necesaria para cumplir el propósito identificado anteriormente

Mi autorización expirara:

- Cuando yo ya no este recibiendo servicios de (*ponga el nombre de la instalación/ programa*) _____
- Un año a partir de esta fecha;
- Otro: _____

Firma del Paciente: Yo certifico que autorizo el uso de mi información médica según establecido en este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal _____
Fecha

Nombre del Paciente (Impreso)

Nombre del Representante Personal (Impreso)

Descripción de la Autoridad que tiene el Representante Personal en actuar en nombre del Paciente (Requerido si el Representante Personal firma autorizaciones)

Testamento/ Firma del Testigo: Yo he presenciado la ejecución de esta autorización y declaro que una copia firmada de esta autorización ha sido proporcionada al paciente y/o al representante personal del paciente.

PRESENCIADO POR: _____
Nombre del personal y titulo

Autorización proporcionada a: _____ Fecha: _____

Para ser Completado por la Instalación:

Firma del Personal Divulgando/Usando la Información

Titulo

Fecha Publicado

Parte 2: Revocación de Autorización para Divulgar Información:

Por este medio yo anulo mi autorización para usar/divulgar la información indicada en la parte 1, a la Persona /Organización/ Instalación / Programa cuyo nombre y dirección es:

Por este medio, yo niego la autorización para usar/divulgar la información indicada en la parte 1, a la Persona /Organización/ Instalación / Programa cuyo nombre y dirección es:

Firma del Paciente o Representante Personal _____
Fecha

Nombre del Paciente (Impreso)

Nombre del Paciente Personal (Impreso)

Descripción de la Autoridad que tiene el Representante Personal en actuar en nombre del Paciente (Requerido si el Representante Personal firma autorizaciones)



Consentimiento informado para servicios de Telehealth

Por este medio yo, _____, consiento para participar en servicios de Telehealth, con CARES como parte de plan de cuidado. Yo entiendo que Telehealth es la práctica de brindar servicios a través de tecnología, medios asistidos u otros medios electrónicos entre un practicante y un cliente que se encuentran en dos lugares diferentes.

Yo entiendo lo siguiente con respecto a Telehealth.

- 1) Yo entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a luchar por cuidados, servicios, o beneficios de programas en el futuro en las cuales de lo contrario yo tendría el derecho.
- 2) Yo entiendo que hay riesgos, beneficios, y consecuencias asociadas con Telehealth, que incluyen, pero no se limitan a: rupturas de transmisión por fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas, y/o capacidades limitadas para responder a emergencias.
- 3) Yo entiendo que no habrá grabaciones de ninguna de las sesiones en línea por cualquier parte. Toda la información revelada en las sesiones y registros escritos en las sesiones son confidencial y no deben ser divulgadas a personas sin autorización escrita, a menos que la divulgación sea permitida y/o requerida por la ley.
- 4) Yo entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información de salud protegida (HIPAA) también aplican a los servicios de Telehealth a menos de que se aplique una excepción de confidencialidad (p.ej. reportes mandatorios de abuso del niño(a), anciano(a) o adulto vulnerable; peligro a si mismo o otros; o si yo menciono la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal.
- 5) Yo entiendo que si tengo pensamientos suicidas o homicidas, activamente siento síntomas psicóticos, o tengo una crisis medica can no se puede resolver por línea, puede ser determinado que los servicios Telehealth no son apropiados, y una nivel más alta de cuidado es requerido.
- 6) Yo entiendo que durante una sesión de Telehealth, podríamos encontrarnos con dificultades técnicas resultando en interrupciones de servicio. Si esto ocurre, tendríamos que terminar y reiniciar la sesión. Si no podemos reconectarlos dentro de 10 minutos, favor de llamarme a _____ para reprogramar nuestra sesión.
- 7) Yo entiendo que mi terapeuta podría tener que contactar a mi contacto de emergencia y/o las autoridades apropiadas en caso de emergencia.

Protocolo de Emergencia

Yo tengo que saber su ubicación en caso de emergencia. Usted está de acuerdo con tener que informarme la dirección de donde está al principio de cada sesión. También necesito un contacto de emergencia a quien puedo contactar en su nombre solo en caso de emergencia que amenaza la vida. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de emergencia.

En caso de emergencia, mi dirección es _____

Contacto de emergencia: _____
Nombre

Dirección

Número de Teléfono

Yo he leído la información proporcionada anteriormente y lo he discutido con mi proveedor. Yo entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Nombre del Cliente

Firma del Cliente si es su propio guardián

Nombre del Padre/ Guardián Legal

Firma del Padre/ Guardián Legal

Nombre del Terapeuta

Firma del Terapeuta

Fecha



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE:
HIPPA, PRACTICAS PRIVADAS, RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, DERECHOS CLINICOS DE PACIENTES
AMBULATORIOS, APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA ('HEALTH CARE PROXY'), CONSENTIMIENTO DE PSYCKES Y
POLÍTICA DE QUEJAS**

Con mi firma, certifico que se me ha provisto y he leído la copia de las POLÍTICAS DE CARES descrita anteriormente:

He sido informado/a sobre cómo mi información médica puede ser utilizada y/o divulgado por la clínica y cómo puedo obtener acceso a esta información.

Nombre del Individuo

Firma del Individuo (si es su propio guardián)

Nombre del Padre/ Guardián Legal

Firma del Padre/ Guardián Legal

Relación al Individuo

Fecha Firmado



Sobre el Apoderado De Atención Médica ('Health Care Proxy')

Este es un formulario legal importante. Antes de firmar este formulario debe entender los siguientes hechos:

1. Este formulario otorga a quien elija como su agente autoridad de hacer todas las decisiones de cuidado médico por usted, a menos que diga lo contrario en este formulario. "Cuidado Médico" significa cualquier tratamiento, servicio, o procedimiento para diagnosticar o tratar su condición física o mental.
2. A menos que diga lo contrario, su agente tendrá el permiso de hacer todas las decisiones de cuidado médico en su nombre, incluyendo decisiones para retirar o proporcionar tratamiento de soporte vital.
3. A menos que su agente conozca sus deseos sobre nutrición e hidratación artificiales (alimento y agua provistos por un tubo de alimentación), no se le permitirá rechazar o dar su consentimiento a esas medidas para usted.
4. Su agente comenzará a tomar decisiones por usted cuando los médicos decidan que usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo.
5. Todo el personal médico respetará las decisiones tomadas por su agente. Si un hospital se opone a algunas opciones de tratamiento (como la eliminación de cierto tratamiento), debe informarle a usted o a su agente CON ANTICIPACIÓN.

Puede escribir en este formulario cualquier información sobre el tratamiento que no desee y/o aquellos tratamientos que quiera asegurarse de recibir. Su agente debe seguir sus instrucciones (orales y escritas) al tomar decisiones por usted.

Si quiere darle instrucciones escritas a su agente, hágalo directamente en el formulario. Por ejemplo, podría decir:

Si tengo una enfermedad terminal, yo quiero/no quiero recibir el siguiente tratamiento ...

Si estoy en una coma o inconsciente, sin esperanza de recuperación, quiero/no quiero ...

Si tengo daño o una enfermedad cerebral que me impida reconocer a las personas o hablar y no hay esperanza que mi condición mejore, quiero/no quiero ...

He hablado con mi agente sobre _____ y quiero que mi agente haga todas las decisiones sobre estas medidas.

Debajo hay ejemplos de tratamientos médicos que quizás desee darle instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa de los tratamientos sobre los que puede dejar instrucciones especiales

- Respiración artificial
- Nutrición e hidratación artificial (alimento y agua provistos por un tubo de alimentación)
- Resucitación cardiopulmonar (RCP)
- Medicamentos antipsicóticos
- Antibióticos
- Diálisis o Trasplantes
- Transfusiones de sangre
- Abortos o Esterilización

- Cirugía o cualquier otro tratamiento. Discuta sobre escoger un agente con su familia y/o amistades cercanas. Usted debe discutir este formulario con un doctor o otro profesional de salud como una enfermera o trabajador social antes de firmar, para asegurarse de que comprende los tipos de decisiones que se harán por usted. También podría darle una copia firmada a su médico. No necesita un abogado para rellenar este formulario.

Puede escoger cualquier adulto (Mayor de 18), incluyendo un familiar o amistad cercana, que sea su agente. Si usted elige a un doctor como su agente, puede que tenga que decidir entre actuar como su agente o como su médico tratante; un médico no puede hacer ambos al mismo tiempo. Si usted es paciente o residente en un hospital, asilo de ancianos, o centro de higiene mental, hay restricciones especiales sobre nombrar a un trabajador del centro como su agente. Debe preguntar al personal de la instalación que le explique las restricciones.

Debe decirle a la persona que escoja que será su agente de atención médica. Debe platicar sus deseos de atención medica y este formulario con su agente. Asegúrese de darle una copia firmada. Su agente no puede ser demandado por decisiones de atención medica hechas de buena fe.

Después de firmar este formulario, todavía tiene el derecho de hacer sus propias decisiones de atención medica mientras pueda, y no se le puede dar o quitar tratamientos si se opone. Puede cancelar el control otorgado a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica oralmente o por escrito

Rellenando el FORMULARIO DE APODERADO:

Artículo (1) Escriba su nombre y el nombre, la dirección, y número de teléfono de la persona que quiere como agente.

Artículo (2) Si tiene instrucciones especiales para su agente, debería indicarlas aquí. Incluso, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, escríbalo aquí. Si no establece limitaciones, su agente podrá tomar todas las decisiones de atención medica que usted podría hacer, incluyendo la decisión dar su consentimiento o rechazar un tratamiento de soporte vital.

Artículo (3) Podría escribir el nombre, la dirección y número de teléfono de un agente alternativo.

Artículo (4) Este formulario será válido infinitivamente a menos que usted establezca una fecha de vencimiento o condición para su vencimiento. Esta sección es opcional y solo debe ser rellenada si quiere que el apoderado de atención medica caduque.

Artículo (5) Usted debe ponerle fecha y firma al apoderado. Si no puede firmar usted mismo, podría indicarle a otra persona que firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

Dos testigos de al menos 18 años de edad deben firmar su poder. La persona apuntada como agente o agente alternativo no puede firmar como testigo.



Apoderado de Atención Medica

1. Por este medio yo, _____ designo a _____
quien vive en _____
Numero(s) de Teléfono: _____ como mi agente de
atención medica para hacer cualquier y todas las decisiones de atención medica por mí, excepto en la medida que yo
indique lo contrario.

Este poder entrará en efecto cuando y si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica.

2. Instrucciones Opcionales: Yo indico que mi agente pueda hacer decisiones de atención medica de acuerdo con mis
deseos y limitaciones como se indican debajo, o como el/ella ya sepa (adjunte páginas adicionales si es necesario)

A menos que su agente sepa sus deseos sobre nutrición e hidratación artificial (p.ej.: por un tubo de alimentación, por
vía intravenosa, u otros medios), su agente no podrá tomar decisiones sobre nutrición e hidratación artificial en su
nombre. (Consulte las instrucciones enumeradas en **“Sobre el Apoderado De Atención Médica”** para ejemplos del
lenguaje que puede usar)

3. Nombre del agente substituyo o suplente en caso de que la persona designada no pueda, no quiera o no esté disponible
para actuar como mi agente de atención medica:

(Nombre, Dirección, y Número de teléfono)

4. A menos que yo lo anule, este poder debe mantenerse en efecto infinitivamente, o hasta la fecha o condiciones
indicadas debajo. Este poder expirara (especifica fecha o condiciones si lo desea): _____

Firma del Individuo: _____

Dirección: _____

Fecha Firmada: _____

Declaración del Testigo: (debe tener al menos 18 años)

Yo declaro que la persona que a firmado este documento, es un conocido personal y parece estar en su sano juicio y
actúa por su propia voluntad. Él / Ella firmó este documento ante mí o verbalmente me ha dado instrucciones como
corresponde.

Testigo 1: _____ Dirección _____

Testigo 2: _____ Dirección: _____