

LIFESTREAM BEHAVIORAL CENTER

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS, PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Consumidor tipo: <input type="checkbox"/> Establecido <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> No admitir		Fecha:	Preferred Idioma:	
Nombre: Último,		primero	medio	
ALIAS:				
Fecha de nacimiento		SEGURIDAD SOCIAL #	Cliente ID #	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CARRERA <input type="checkbox"/> Indio americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Racial y otras <input type="checkbox"/> UNK <input type="checkbox"/> Blanco	ORIGEN ÉTNICO <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Haití <input type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> Otros hispanos <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Español/Latino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Se divorciaron <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Se casó con <input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> No declarada <input type="checkbox"/> Viudo / a	
SITUACIÓN EN EL EMPLEO <input type="checkbox"/> Militares activos, en el extranjero <input type="checkbox"/> Militares activos, Estados Unidos <input type="checkbox"/> Con discapacidad <input type="checkbox"/> Empleado en empresa familiar		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Preso, criminal	<input type="checkbox"/> Interno, otros <input type="checkbox"/> Permiso de ausencia <input type="checkbox"/> No autorizado para trabajar <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomos <input type="checkbox"/> Terminado/desempleados <input type="checkbox"/> Desconocido
TIPO DE ADMISIÓN Voluntario competente Voluntario incompetente Competente de involuntario Involuntario de incompetente		FECHA DE ADMISIÓN DE LA AGENCIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE ASIGNADO	
PERSONAS SIN HOGAR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ACTUAL DIRECCIÓN	POSTAL	CÓDIGO CIUDAD ESTADO CONDADO	
TELÉFONO DE LA CASA #	TELÉFONO DEL TRABAJO #	TELÉFONO CELULAR #	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO *	
Dirección permanente <input type="checkbox"/> Igual a la corriente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros como se indica a continuación Permanente Dirección Ciudad Estado Código postal				
Dirección de correo <input type="checkbox"/> Igual a la corriente <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros como se indica a continuación Correo Dirección Ciudad Estado Código postal				
PROVEEDOR de cuidado primario (que ¿usted van a cuando usted tiene un resfriado o la gripe?) Nombre: Dirección: Teléfono:				
DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia de los miembros de la familia, inc <input type="checkbox"/> Notificación de PCP <input type="checkbox"/> Fuente de referencia (s) <input type="checkbox"/> Otras ____		CONSENTIMIENTOS FIRMARON: <input type="checkbox"/> Acuerdo para el tratamiento <input type="checkbox"/> Garante del consumidor <input type="checkbox"/> * Correspondencia electrónica <input type="checkbox"/> Derechos y responsabilidades	REFERIDO por: (dar nombre, Agencia y o circunstancia de la remisión)	
RENTA (retención y cantidad – debe presentarse totalmente en la fuente) Individuales: \$ ____ cónyuge: \$ ____ Estampillas \$ ____ SSI \$ ____ otros ____ \$ SSDI \$ ____ TANF \$ ____ manutención \$ ____ OSS \$ ____ Soc Sec \$ ____				
INGRESO TOTAL DEL HOGAR	Mensual \$	\$ Anual	# en casa	

-Por favor continúe en la espalda -

CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO
Solo Para Uso Profesional

LifeStream Behavioral Center

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS, PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Nombre medio primera pasada
Si se cambia el nombre, por favor complete la siguiente información:
Presentó la oportunidad de actualizar el registro de votantes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Proporcionan <input type="checkbox"/> Disminuido (sin interés) <input type="checkbox"/> Ya registrado para votar

OCUPACIÓN	Si es menor, nombre de padre DIRECCIÓN EMPLEADOR	Cuánto tiempo	NUMERO DE TELÉFONO
OCUPACIÓN CÓNYUGE	Si es menor, nombre de la madre DIRECCIÓN EMPLEADOR	Cuánto tiempo	NUMERO DE TELÉFONO
PARTE RESPONSABLE	MEDICARE #	MEDICAID #	POLÍTICA #

COBERTURA: Nombre de grupo o nombre Individual de política titular fecha de nacimiento

BENEFICIOS de Farmacia: Número de cuenta empresa nombre Plan de nombre

CONTACTOS:					
NOMBRE	RELACIÓN	PARTE RESPONSABLE	GARANTE	CONTACTO DE EMERGENCIA	GUARDA

** Comprobante de ingresos **Debe ser verificado anualmente** con el fin de calificar para asistencia financiera.

Por favor firme y feche para atestiguar que toda la información proporcionada es verdadera y exacta.

Nombre de los consumidores (por favor imprima)

Firma del consumidor o consumidor representante

fecha



DECLARACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRESCRIPCIÓN

En orden para nosotros para ayudarle con sus necesidades de prescripción actual, se ha convertido en necesario pedir que cumplan con lo siguiente referente a tus recargas.

En el momento de cada cita con nosotros, por favor traigan todas las botellas de medicamento o una lista completa (incluyendo información de dosificación y cantidad) de todos los medicamentos que toma. Sobre todo necesitamos saber acerca de todos medicamentos que está tomando (vitaminas, suplementos de hierbas, etc.). Utilizamos esta información para asegurarse de que nuestros registros reflejan su información actual de la medicina, que nos ayudarán en la vigilancia de su salud. Se le pedirá firmar un permiso para nosotros entrar en contacto con su PCP.

Trate de anticipar Cuándo se necesita una nueva receta para rellenar sus medicamentos y pedir las recetas a la hora de su próxima visita. Esto deberá ayudar prevenga el funcionamiento de su medicación. Sin embargo, si ejecuta hacia fuera, por favor siga estas instrucciones:

Llame a su farmacia para ver si usted tiene cualquier recargas restantes de los medicamentos en cuestión. Repuesios de la prescripción no se autorizará si no cumple con las necesarias citas de seguimiento con su médico. En tales casos, será necesario consulte a su médico sobre la próxima apertura disponible que tiene el médico.

Solamente bajo circunstancias atenuantes se llamará su receta una farmacia local. Por favor espere 72 horas (2-3 días hábiles - lunes a viernes) desde el momento de solicitar una nueva receta al tiempo que su prescripción o anulación en la prescripción, ser llamado en. Las recetas no se llamará para farmacias de larga distancia o pedido por correo. Compruebe con su farmacia para verificar si su receta está lista - no el doctor.

Póngase en contacto con esta oficina si usted siente que hay un efecto secundario de la medicación, ha habido un cambio en la dosificación o si tiene preguntas sobre su medicación.

Hacemos fax o mail recetas para planes de prescripción fuera del estado, farmacias, o en su casa. Estaremos encantados de proporcionar prescripciones escritas para usted por correo o fax. Espere 7 días todas las prescripciones escritas.

Prescripciones que requieren preauthorizations pueden requieren una visita al consultorio para documentar la necesidad continua de ese medicamento específico o posiblemente cambiar de medicamento que está en su plan de medicamentos recetados.

Al firmar este formulario, usted afirma que usted acepta y entiende lo anterior.

_____ del consumidor

_____ Fecha de firma

_____ Testigo



FISCAL

INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL CONSUMIDOR

PARA PODER PRESENTAR SU SEGURO, SE DEBERA PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre: _____

Apellido (LETRA DE MOLDE)	Nombre	Inicial
---------------------------	--------	---------

ID Cliente: _____

Estado civil del consumidor: Soltero Casado Otro _____

Empleado Estudiante de tiempo completo Estudiantes de tiempo parcial

Proveedor de Seguro: _____

Nombre de Asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Sexo: Masculino Femenino

Seguro Social del asegurado: _____

Número de identificación de asegurado: _____

Número de póliza: _____ Número del grupo: _____

Nombre del empleador del asegurado: _____

Hay otro plan de beneficios de salud: Si NO

En caso afirmativo, proveedor: _____

Nombre de otro asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Número de póliza o grupo de otro asegurado: _____

Número de identificación de otro asegurado: _____

Nombre del Plan de Seguro: _____

 Testigo

 Firma del consumidor

 Fecha

Original: Departamento de Seguros
 CC: Historial



AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003-revisado: 14 de junio de 2013

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALA CUIDADOSAMENTE.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso, póngase en contacto con el oficial de privacidad.

QUE SEGUIRÁ ESTE AVISO

Prácticas de LifeStream Behavioral Center, Inc. ("LifeStream") son seguidas por:

- ◆ Los miembros del personal médico de LifeStream.
- ◆ Cualquier profesional sanitario autorizado para entrar información en su expediente médico.
- ◆ Cualquier miembro de un grupo de voluntarios nos permiten ayudarlo mientras usted recibe servicios de LifeStream.
- ◆ Todos los empleados, personal y otro personal de LifeStream y consultores y contratistas.

Nuestras responsabilidades

LifeStream es necesaria para:

- ◆ Mantener la privacidad de su información de salud
- ◆ Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y conservamos sobre usted
- ◆ Respetar los términos del aviso actualmente en efecto.
- ◆ Le notifique si somos incapaces de acordar una modificación/restricción solicitada
- ◆ Acomodar las peticiones razonables que usted tenga que comunicar información médica por medios alternativos o en lugares alternativos

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y establecer las nuevas disposiciones efectivas para todos protegida información médica que mantenemos en el tiempo. Deberían cambiar nuestras prácticas de información, publicaremos nuestro nuevo aviso en las áreas de recepción de cada una de nuestras instalaciones. También mantenemos un sitio web que proporciona información acerca de nuestro cliente servicios o beneficios y a publicar nuestro nuevo aviso en este sitio Web ubicado en www.lsb.net.

No usar o divulgar su información médica sin su autorización, excepto como se describe en este aviso.

Entendiendo su registro/información de salud

Cada vez que visita un hospital, médico u otro proveedor de atención médica, se realizó un registro de su visita. Este documento contiene información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificar y que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física o mental o condición y te identifica, o hay una base razonable para creer que la información que puede identificarle. Por ejemplo, esta información, referida a menudo como su salud o historial médico, sirve como:

- ◆ Base para la planificación de su cuidado y tratamiento
- ◆ Medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que participan en su cuidado
- ◆ Medio por el cual usted o un tercero pagador puede comprobar que efectivamente se prestaron servicios facturados.

Su expediente médico contiene información de salud protegida. Estado y la Ley Federal protege esta información. Comprender que esperamos usar y compartir a que su información de salud le ayuda:

- ◆ Asegúrese de que esté correcto,
- ◆ Entender mejor quién, qué, Cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud, y
- ◆ Tomar decisiones más informadas al autorizar compartir con los demás

Sus derechos de información de salud

Bajo las reglas de privacidad Federal, 45 CFR parte 164, usted tiene el derecho de:

Solicitar una restricción sobre ciertos usos y compartir su información pero no estamos obligados a aceptar tal solicitud. Esto significa que usted puede pedirnos no para usar o compartir cualquier parte de su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago u operación profesional de la salud. Usted también puede pedir que esta información no será revelada a miembros de la familia o amigos que pueden estar implicados en su cuidado. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su petición a menos que la información es necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia.

- Solicitud que nosotros enviaremos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en lugares alternativos pero debe especificar cómo o dónde desea ser contactado por escrito.
- Obtener una copia impresa del aviso de prácticas de información bajo petición. Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha proporcionado una copia electrónica. Usted puede imprimir una copia de este aviso en nuestro sitio Web.
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico. Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su información de salud mental con respecto a decisiones sobre su atención; sin embargo, notas de psicoterapia pueden no ser inspeccionadas y copiadas. Es posible que cobremos una tarifa por copiar, correo y suministros. En circunstancias limitadas, puede ser negada su petición; Usted puede solicitar la revisión de la denegación por otra salud mental profesional elegida por LifeStream. LifeStream cumplirá con el resultado de la revisión.
- Solicitud de que su salud registro que contiene información de salud protegida aclararse. Si crees que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta puede pedir añadir información aclaratoria. Usted puede pedir un formulario para tal fin y la forma requerirá cierta información específica. LifeStream no está obligado a aceptar la información que te propongamos.
- Una contabilidad de accesos. Usted puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud mental que se han hecho a personas o entidades que para el tratamiento u operaciones de cuidado de salud en los últimos seis 6 años, pero no antes de 14 de abril de 2003.
- Recuperar su autorización para utilizar o compartir información de salud excepto en la medida en que ya se han tomado medidas

Ejemplos de divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de salud

Usaremos su información médica para tratamiento.

Por ejemplo: información obtenida por un médico, terapeuta u otro miembro de su equipo de atención médica será registrado en su expediente y determinar el curso del tratamiento que debe trabajar mejor para usted. Por ejemplo, si usted está viendo un médico (psiquiatra) y psicoterapeuta, puede compartir información en el proceso de coordinar su atención médica. Otro ejemplo: nuestro médico documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica entonces registrará las acciones que tomaron y sus observaciones.

También proveeremos tu médico o un proveedor de atención médica posterior copias de varios reportes que deberían ayudar a él o ella en tratamiento.

Usaremos su información médica para pago.

Por ejemplo: un proyecto de ley puede ser enviado a usted o con su consentimiento a un tercero pagador. La información sobre o que acompaña la factura puede incluir información que identifica, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados. Usted tiene el derecho a restringir ciertas divulgaciones de PHI para las compañías de seguros y planes de salud si usted paga de su bolsillo en total para el servicio de atención médica.

Usaremos su información médica para operaciones regulares.

Por ejemplo: el personal puede mirar su expediente al revisar la calidad de los servicios fueron prestados. Los miembros del equipo de mejora de gestión o calidad de riesgo pueden usar información en su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros como él. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y eficacia de la atención médica y servicio que brindamos. Podemos usar y divulgar su información médica para contactarle como recordatorio que usted tiene una cita.

Podemos usar y revelar información médica para informarle sobre o recomendar tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés protegida.

Asociados: Hay algunos servicios en nuestra organización a través de contratos con asociados de negocios. Algunos ejemplos son los contratos de servicios de transcripción, capacitación y otros servicios educativos y servicios de recolección. Información se pondrá a disposición en una base de necesidad de saber de estas actividades relacionadas con el cumplimiento de las agencias reguladoras. Siempre un arreglo entre el LifeStream y un asociado de negocio implica el uso o compartir su información protegida de salud, vamos a tener un contrato escrito que contiene términos que protegerán la privacidad de su información protegida de salud.

Calificado servicio organización (QSO): Si usted está recibiendo servicios de abuso de alcohol o drogas de LifeStream, información que le identifica como una persona que busca ayuda por un problema de abuso de sustancias está protegida bajo un conjunto separado de normas federales conocido como "Confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo Records", 42 C.F.R. parte 2. Para facilitar la comunicación con otras organizaciones que proporcionan servicios tales como asesoramiento jurídico, análisis de laboratorio o profesionales servicios a nuestra organización y los consumidores, esta regulación nos permite establecer un acuerdo de confidencialidad, conocido como un acuerdo de organización de servicio calificada (QSOA).

Bajo un LifeStream QSOA permite compartir, sin su consentimiento, información sobre el tratamiento de abuso de sustancias que usted recibe con la otra organización que firma el QSOA. Sin embargo, el QSOA requiere que la otra organización acatar estos mismos reglamentos federales de confidencialidad con el fin de mantener la confidencialidad de información sobre su problema de abuso de sustancias y el cuidado que reciben. Esto significa que la organización debe manejar y almacenar su información en una forma que mantiene su confidencialidad. La organización no puede liberar su información confidencial a nadie excepto volver a LifeStream. Además, debe resistir en todo judiciales, cualquier intento de acceder a su información protegida.

Bajo ninguna circunstancia puede LifeStream establecer una QSOA con otra organización proporcionando abuso servicios similares a los nuestros propios o con agencias del orden público. Sólo pueden dar permiso a LifeStream antes de que podamos compartir información confidencial sobre el tratamiento de su problema de abuso de sustancias con este tipo de organizaciones.

Usos y el intercambio de información específicamente autorizado por usted:

Otros usos y compartir su información protegida de salud se harán sólo con su autorización por escrito, a menos que otra manera permitido o requerido por la ley como se describe a continuación.

Comercialización y recaudación de fondos:

Solo podemos utilizar o compartir su información médica con respecto a la comercialización o recaudación de fondos. Podemos divulgar información médica a nuestra Fundación por lo que puede contactar en recaudar dinero. Sólo quisiera liberar información de contacto tales como: su nombre, dirección y número de teléfono y las fechas que usted recibió tratamiento o servicios. Si no desea que la Fundación para comunicarnos con usted acerca de los esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificar a la oficial de privacidad por escrito para darse de baja. Más usos y revelaciones de las notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de información de salud protegida (PHI) a la comercialización y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización

Otros involucrados en su atención médica:

Con su consentimiento, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que se identifica, su información de salud protegida que relaciona directamente la participación de esa persona en el cuidado de su salud. Si usted no da su consentimiento para tal divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario Si determinamos que es en su mejor interés basados en nuestro juicio profesional. Podemos utilizar o divulgar información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona que es responsable para el cuidado de su ubicación, condición general o muerte protegida.

Usos y divulgaciones que podemos hacer a menos que usted se oponga:

Emergencias:

Podemos utilizar o compartir su información protegida de salud en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto sucede, tratamos de obtener su consentimiento tan pronto como razonablemente sea posible. Por último, podemos utilizar o compartir su información protegida de salud a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de alivio de desastre y para coordinar usos y divulgación a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

Otra permite y requiere usos y compartir puede hacerse sin su consentimiento, autorización u oportunidad a objeto. (Con excepción de lo prohibido por 42 CFR parte 2, confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo registros)

Podemos usar y compartir su información de salud protegida conforme a los requisitos de ley, incluyendo los siguientes casos:

Salud pública:

Como es requerido por la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a estatal y salud federal pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidad. Podemos compartir su información de salud

protegida, si autorizado por ley, a una persona que han estado expuesta a una enfermedad transmisible o que puede estar en riesgo de obtener o difundir la enfermedad o condición. Saldrá la información para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Cualquier divulgación, sin embargo, sólo sería una persona autorizada a recibir esa información conforme a ley.

Food and Drug Administration (FDA):

Podemos divulgar la información de salud por la FDA en relación a eventos adversos con respecto a los alimentos, suplementos productos y defectos en el producto, o post comercialización información de vigilancia para activar producto recuerda, reparaciones o reemplazos.

Abuso, negligencia, explotación:

Podemos divulgar su información protegida de salud pertinente si creemos que ha sido víctima de abuso, negligencia, explotación o violencia domestica a la agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información.

Supervisión de salud:

Podemos compartir su información protegida de salud a agencias de supervisión de salud tales como los departamentos federales y estatales de salud y servicios humanos, Medicare/Medicaid por pares de las organizaciones y los consejos de defensa de Florida para las actividades tales como auditorías, investigaciones y las inspecciones, cumplimiento de las leyes de derechos civiles y denuncias de LifeStream.

Investigación:

Podemos divulgar su información protegida de salud a investigadores cuando su investigación ha sido aprobada y el uso o acceso a su información protegida de la salud ha determinado que sea necesario por una Junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información protegida de salud.

Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos

Podemos revelar información protegida de salud a un médico forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinación de causa de muerte o por el médico forense o examinador médico para llevar a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar información de salud protegida correspondiente a un director de funeral, como autorizado por la ley para permitir que el director del funeral para llevar a cabo sus funciones. Podemos divulgar dicha información en anticipación razonable de la muerte. Información protegida de salud puede utilizarse y divulgarse para fines de donación órganos, ojos o tejido cadavéricos.

Procedimientos de aplicación Legal Ley

Podemos divulgar registros de salud mental para los propósitos de aplicación de la ley como requerido por ley o en respuesta a una citación válida, petición de descubrimiento u otro proceso legal. Estos efectos de aplicación de la ley incluyen (1) procesos legales y de lo contrario requieren por la ley; (2) solicitudes de información limitada para propósitos de identificación y localización; (3) pertenecientes a las víctimas de un delito; (4) sospecha que la muerte ha ocurrido como resultado de conducta criminal; (5) en caso de que un crimen se produce en las instalaciones del LifeStream, incluyendo sus instalaciones; (6) emergencia médica y es probable que un crimen ha ocurrido; y (7) si se declara la intención de dañar a otros, información suficiente para proporcionar adecuada atención a la persona amenazada con daño puede ser lanzada. También podemos divulgar información al gobierno por razones de inteligencia y seguridad nacional. Por ejemplo, durante una investigación de FBI podemos revelar información en respuesta a una citación legal o una orden del Tribunal.

Institución correccional

¿Debe un recluso de una institución correccional, podemos divulgar al Departamento de correcciones, protegida de la salud la información necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otras personas.

Compensación de trabajadores

Podemos divulgar información de salud protegida en la medida autorizada por y en la medida necesaria cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Otros usos y divulgaciones no descritas en los avisos de privacidad se hará sólo con autorización de usted.

ALCOHOL y drogas abuso al consumidor información

Si usted está recibiendo servicios de abuso de alcohol o drogas de LifeStream, información que le identifica a usted como una persona que busca ayuda para un problema de abuso de sustancias está protegido bajo un conjunto separado de normas federales conocido como "Confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo Records", 42 C.F.R. parte 2. Bajo ciertas circunstancias estas regulaciones proporcionará su información de salud protegida con protecciones de privacidad adicionales más allá de los que ya se han descrito.

Por ejemplo, en general, cualquier información que le identifica como un problema de abuso de sustancias no puede compartirse fuera de LifeStream sin su consentimiento expreso y por escrito para hacerlo. Excepciones a esta regla incluyen órdenes judiciales para revelar su información protegida de la salud, la provisión de su información protegida de salud a personal médico en caso de emergencia, compartir información con investigaciones de personal cualificado y para auditorías o evaluaciones de programa. Por ejemplo, antes de que la salud del abuso de sustancias relacionado con información puede ser divulgada a familia, amigos, policiales, judiciales y personal de correcciones, las autoridades de salud pública u otros proveedores de servicios médicos, estamos obligados a solicitar su autorización por escrito hacerlo.

42 C.F.R. parte 2, confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo registros, permite que un médico para cumplir con el estatuto de la Florida que requiere la notificación de sospecha de abuso o negligencia al Departamento de niños y servicios familiares. Sin embargo, antes la información específica referente a la atención que está recibiendo para su problema de abuso de sustancias puede ser liberado, se debe autorizar la liberación en la escritura. Las autoridades de abuso y negligencia de niño también pueden buscar una orden judicial para liberar la información sin su permiso por escrito.

En los casos en donde nos autoriza a que suelte su abuso relacionados con la información de salud, la autorización estará siempre acompañada por un aviso que prohíbe al individuo o agencia/organización recibiendo su información de salud de volver a publicarla si no permitido menores 42 C.F.R., confidencialidad de Alcohol y drogas abuso consumo registros.

Aviso de la disponibilidad de las prácticas de privacidad:

Este aviso se publicará un lugar destacado en las áreas de recepción de cada una de nuestras instalaciones. Individuos se proporcionará una copia impresa y el aviso estará disponible en el sitio web de LifeStream en www.lsbcb.net.

Usted tiene el derecho a notificar a raíz de una violación de su información médica protegida.

Violación de la ley federal y regulaciones de un programa es un crimen. Sospechas de violación pueden presentarse a la Fiscalía de Estados Unidos en el distrito donde se produce la violación.

Para más información o para reportar un problema

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, puede contactar a campo de Tim, el oficial de privacidad en el p. o. Box 491000, Leesburg, Florida 34749-1000 (515 W. Main Street, Leesburg); teléfono: 352-315-7511.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con la oficial de privacidad de LifeStream (arriba) o con la oficina de derechos civiles; U.S. Departamento de salud y servicios humanos; 200 independencia Avenue, SW; Room 509F, HHH Building; Washington, DC 20201; o líneas directas de OCR-voz: 1-800-368-1019. No habrá represalias por presentar una queja.



**AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

I, _____ (DOB: _____), al firmar este formulario de autorización, autorizar el uso y divulgación de mi información de salud de la manera que se describe a continuación. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios de atención médica. He firmado este formulario voluntariamente con el fin de documentar mis deseos con respecto al uso y divulgación de la información de salud que se describe a continuación en la Sección 1.

1. Descripción de la información de salud que autorizo a ser utilizada y divulgada.

(Marque todos los que sean apropiados.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los registros | <input type="checkbox"/> Tratamiento/Servicios para pacientes ambulatorios |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Pruebas médicas o de laboratorio, inc. U/A |
| <input type="checkbox"/> Recomendaciones de descarga | <input type="checkbox"/> Perfil de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Resultados de la evaluación | <input type="checkbox"/> Fechas de la carta de servicio |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para pacientes hospitalizados | <input type="checkbox"/> Registros Educativos |
| | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Entiendo que la información anterior que he autorizado para ser utilizada y descerrada puede contener información relacionada con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental (excluyendo notas de psicoterapia – se requiere una autorización separada), trastornos por consumo de sustancias a menos que yo restrinja lo contrario.

Enumere las restricciones: _____

2. LifeStream puede liberar/recibir información a/desde la siguiente persona/organización. (Enumere a cualquier persona o organización con la que LifeStream pueda comunicarse):

Propósito: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

2a. LifeStream May Release/Receive Information through a Health Information Exchange (HIE) to/from the following Organization (List the organization with whom LifeStream may communicate through an HIE):

Propósito: Continuity of Care _____

Nombre: _____

Portal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

NOTA: Confidencialidad, HIPAA y 42 CFR, Parte 2 requiere una (1) Individual u Organización por Liberación.

Nombre: _____

Página 2 De 2

3. Información relativa a la divulgación de registros médicos.

Entiendo que si las personas/organizaciones enumeradas anteriormente no son proveedores de atención médica, planes de salud o centros de compensación de atención médica sujetos a las normas federales de privacidad, la información de salud divulgada de conformidad con esta autorización puede ya no estar protegida por las normas federales de privacidad y dicha(s) persona(s) y organización(es) pueden re-divulgar mi información médica sin obtener mi autorización, sujeto a las limitaciones impuestas por 42 CFR, Parte 2 con respecto a los registros de trastornos del uso de sustancias. Por lo tanto, libero a LifeStream Behavioral Center de toda responsabilidad derivada de esta divulgación adicional de mi información de salud.

El cargo por copiar registros médicos es el siguiente:

paciente externo	Documentos específicos	\$15.00
paciente externo	Gráfico completo o admisiones múltiples	\$25.00
Paciente hospitalizado/paciente ambulatorio	Combinación	\$30.00
Hospitalización	Una admisión	\$15.00
Hospitalización	Múltiples admisiones	\$25.00
Evaluación Psiquiátrica	solamente	\$ 3.00

4. Sus derechos con respecto a esta autorización.

Entiendo que bajo las disposiciones de confidencialidad del Estatuto de Florida 394.4615 (2), 397.501(7) y la Regulación Federal 42 CFR Parte 2, sólo la información especificada anteriormente puede ser revelada a la(s) persona(s) o agencia(s) antes mencionada(s). También entiendo de acuerdo con la ley estatal y federal que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que si lo hago por escrito, excepto en la medida en que se haya tomado medidas en función de esta autorización. Para obtener una copia de un formulario de revocación de autorización, puedo ponerme en contacto con el Oficial de Privacidad. Sujeto a ciertas restricciones impuestas por la ley estatal y federal, entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar información de salud u obtener copias de mi información de salud poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar un registro de las divulgaciones hechas si la divulgación de información está sujeta a los requisitos de 42 CFR, Parte 2 enmendada y efectiva en agosto de 2020. Entiendo que si acepto firmar esta autorización, se me debe proporcionar una copia firmada de la misma.

5. Caducidad de la Autorización.

Esta autorización expirará 365 días a partir de la fecha de firma o hasta la ocurrencia del siguiente evento o eventos relacionados con el propósito de esta autorización: _____

Firma de Individuo

Firma del Padre o Representante Personal (cuando sea necesario)

Fecha de firma

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Testigo

ID de cliente individual

Información suministrada por: <input type="checkbox"/> EL INDIVIDUO <input type="checkbox"/> OTROS (especificar nombre y relación):					FECHA:	
Nombre (Apellido, nombre, inicial)					CID #: FECHA DE NACIMIENTO:	
¿Inmunización reciente? (Tétano, gripe, neumonía)						
¿Tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (En caso afirmativo, a qué sí y explicar a continuación la reacción):						
Conciliación de medicamentos – incluir recetas o muestras médicas, hierbas medicinales, vitaminas, nutraceuticos, medicamentos de venta libre, y vacunas recientes, inhaladores, anticonceptivos, suplementos que está tomando o ha tomado en el último año:						
DROGA	DOSIS	FRECUENCIA	MOTIVO	Marcar si actualmente está usando <input type="checkbox"/>	√	ÚLTIMA DOSIS
¿Fuma usted cigarrillos? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (en caso afirmativo, el clínico deberá completar el TIER de Valoración de Fumado)						
Mujeres solamente: <input type="checkbox"/> Fecha de última menstruación _____ <input type="checkbox"/> Menopausia <input type="checkbox"/> Post menopausia						
¿PADECE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (MARCAR TODOS LOS PUNTOS QUE APLIQUEN):						
<input type="checkbox"/> Inseguridad al caminar/caídas <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Fracturas/luxaciones <input type="checkbox"/> Problemas de espalda, cuello, artritis <input type="checkbox"/> Problemas de corazón/ dolores de tórax <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Hinchazón de tobillos/piernas <input type="checkbox"/> Problemas de presión arterial (A/B) <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Dificultad al respirar / asma <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica/enfisema		<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares <input type="checkbox"/> Problemas al tragar <input type="checkbox"/> Náuseas / vómitos <input type="checkbox"/> Ganancia/pérdida de peso en últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales <input type="checkbox"/> Úlcera / Sangrado Rectal <input type="checkbox"/> Problemas renales / urinarios <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/convulsiones graves <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza			<input type="checkbox"/> Mareos/desmayos/desvanecimiento <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Hepatitis/ictericia <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Resfrío/dolor de garganta/Sinusitis <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos / Anemia <input type="checkbox"/> VIH / SIDA <input type="checkbox"/> Otros. Especificar:	
EXPLICAR CUALQUIER PUNTO MARCADO:						
Anote todos los problemas médicos importantes <input type="checkbox"/> No hay problemas médicos						
Fecha definida	Problema médico	Duración	Bajo cuidado médico	Médico	Medicamentos recetados	
HOSPITALIZACIONES ANTERIORES						
Fecha	Duración de la estancia	Lugar o proveedor	Tipo de tratamiento	Resultado de los medicamentos		
¿HAY ANTECEDENTES DE ESTAS ENFERMEDADES EN SU MADRE O PADRE?						
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Enfermedades hereditarias <input type="checkbox"/> Cáncer						

-continúa -

NOMBRE DEL MÉDICO DE PRIMARIO: _____ **FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN:** _____

¿Podemos contactar a su médico para obtener más información acerca de su condición médica? SI NO

POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA:

¿Consumo alcohol? NO SI Tipo _____ cantidad/día _____ # de años _____ (fecha en que paró de beber) _____

¿Drogas recreativas? NO SI Tipo _____ cantidad/día _____ # de años _____ (fecha en que paró de usar) _____

(Salvo medicamentos recetados)

EVALUACIÓN DEL DOLOR ¿Padece de algún dolor físico en la actualidad? SI NO

En caso afirmativo, califique el nivel de su dolor: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Ubicación Cabeza Brazos Piernas Espalda Manos Pies Otra localización _____

a) ¿Desde hace cuánto tiene este dolor? _____

b) ¿Cómo ha manejado este dolor? _____

c) Comentarios _____

COMPORTAMIENTO DE ALTO RIESGO PARA VIH HEPATITIS C / TB:

SI NO 1) ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre en los últimos diez años?

SI NO 2) ¿Participa en el uso de drogas intravenosas?

SI NO 3) ¿Ha participado en relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas en los últimos diez años?

SI NO 4) ¿Alguna vez ha tenido herpes, hepatitis A/B o C, sífilis, gonorrea, clamidia, o úlceras genitales?

SI NO 5) ¿Ha tenido alguna vez resultado positivo a la prueba de tuberculosis?

SI NO 6) Respecto a las preguntas anteriores, ¿le interesaría asesoramiento?

SI NO 7) Respecto a las preguntas anteriores, ¿está interesado en la prueba de VIH, Hepatitis C o TB?

RIESGOS LABORALES / TRABAJOS ANTERIORES:

¿EXPOSICIÓN A PELIGROS? SI NO Desconocido En caso afirmativo, explique: _____

Visión: Normal Defectuosa Anteojos Lentes de contacto Glaucoma Cataratas Ceguera

Ojo falso _____ Derecho _____ Izquierdo Fecha de último examen de la vista: _____

Audición: Normal Defectuosa Sordo _____ Derecho _____ Izquierdo Audífono Fecha última prueba de audición: _____

Dentadura: Intacta Astillada Floja Mal Estado Dientes Perdidos Retenedor Frenillos

Calzaduras Puentes _____ extraíble _____ permanente Prótesis Dentales _____ Superior _____ Inferior

Fecha del último examen: _____

¿USA ALGUNOS DE LAS SIGUIENTES DISPOSITIVOS PARA AYUDARSE EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS? (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN):

Bastón Muletas Andador Silla de ruedas Otros

¿ESTÁ NECESITANDO DE ALGÚN DISPOSITIVO DE ASISTENCIA? NO SI Especificar: _____

Soy consciente que mantener mi salud es importante, especialmente cuando se toman medicamentos. Por lo consiguiente estoy consciente de la necesidad de programar exámenes anuales físicos y de la vista. También es importante hacerse exámenes de rutina de laboratorio (CBC, perfil químico y análisis de orina); EEG (electrocardiograma) y perfil tiroideo cuando sea recomendado. Debido a que estoy bajo medicación me pedirán que me hagan pruebas de laboratorio para probar mi nivel de medicación, por ejemplo, el nivel de litio. Entiendo que es mi responsabilidad cumplir a cabalidad con las recomendaciones anteriores.

FIRMA (persona / pareja): _____ Fecha: _____

UNICAMENTE PARA USO MÉDICO/CONSEJERO

El individuo ha sido aconsejado continuar el seguimiento con su médico primario.

Referido al médico de LifeStream para consulta psiquiátrica/médica. No se dan instrucciones de seguimiento.

Comentarios: _____

REVISADO por (Clínico / Consejero): _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPRESO PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del consumidor: _____ ID del cliente: _____

Yo, el abajo firmante, ____ consumidor, ____ guardián, ____ defensor del guardián, ____ sustituto para el cuidado de la salud, autorizo al personal profesional de esta institución para tratar abuso de sustancias y/o evaluación y tratamiento de salud mental.

Entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados.

Entiendo que se me brindará mayor información antes de requerir mi consentimiento informado para la administración de medicamentos psicotrópicos.

Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en forma oral o escrita antes del, o durante, el período del tratamiento.

He recibido información detallada sobre el tratamiento propuesto, su finalidad, tratamientos alternos, duración aproximada del cuidado, e indicaciones y contraindicaciones del tratamiento.

He leído y se me ha explicado detalladamente esta información y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas sobre el tratamiento.

Entiendo que mis registros son confidenciales, con algunas excepciones. LifeStream acuerda no divulgar ninguna información sobre usted, exceptuando a personal de LifeStream con base a la necesidad de conocer (supervisión clínica, personal de casos, consultas, traslados internos dentro de LifeStream), sin antes obtener su permiso por escrito. Las leyes federales y de la Florida protegen dicha información. Las violaciones a estos reglamentos pueden ser declaradas como un crimen. Sin embargo, existen momentos en que la ley también indica que la información puede ser compartida. Esto incluye casos en los que existen abusos físicos o sexuales, o negligencia a niños, personas mayores o discapacitadas; existe una amenaza o perpetración de un crimen en las instalaciones de LifeStream o a su personal; exista la emisión de un mandato judicial requiriendo a LifeStream para que libere información; exista conocimiento de una enfermedad contagiosa que pueda afectar a otros; y/o que el Estado requiera que reportemos datos del consumidor para estudios de seguimiento.

Consentimiento Informado para Mensajes Electrónicos ____ De acuerdo ____ En desacuerdo

Entiendo que debo proveer consentimiento por escrito reconociendo que el correo electrónico no es una forma segura de comunicación. Existen ciertos riesgos de que alguna información protegida de salud (PHI) que pudiera estar en tal correo electrónico pueda ser revelada o interceptada por terceros no autorizados. Entiendo que el personal de LifeStream usará una cantidad mínima de información protegida de salud para responder a consultas y que el inicio de intercambio por correo electrónico será por parte del consumidor y nunca por personal de LifeStream.

Por este medio ____ DOY ____ NO DOY autorización a LifeStream para que me contacte.

(Podríamos contactarlo para recordarle citas o para averiguar si está evolucionando bien durante su tratamiento o al concluirlo).

Por este medio ____ DOY ____ NO DOY autorización al Florida Department of Mental Health and Substance Abuse a contactarme para estudios de seguimiento.

Me pueden llamar al (____) _____-_____ durante las siguientes horas _____

Firma del consumidor

Fecha: (mes/día/año)

Firma de un testigo para el consumidor

Fecha: (mes/día/año)

Firma del (ponga un círculo según corresponda) Padre/Guardián,
Defensor del Guardián, Sustituto para el cuidado de la salud

Fecha: (mes/día/año)

Consumidor: _____

CID #: _____

Mientras está recibiendo servicios de **LifeStream Behavioral Centro**, tiene el **derecho** a...

1. Un ambiente que preserve la dignidad y contribuye a una autoimagen positiva.
2. Asignar un miembro del personal de tratamiento primario prestar servicios, hacer remisiones, y coordinar esfuerzos de tratamiento.
3. Servido en la alternativa menos restrictiva de tratamiento disponibles y de acuerdo con sus necesidades de tratamiento.
4. Han sostenido toda la identificación e información sobre el tratamiento de forma confidencial.
5. Saber que la información revelada en cuanto a abuso, negligencia o explotación de un niño, adulto con discapacidad, o los ancianos deben notificarse al Departamento de niños y familias para la posible investigación (bajo ley del estado de Florida).
6. Participar en el desarrollo y revisión de los expedientes clínicos compilados como resultado del tratamiento.
7. Niegan atención, tratamiento o servicios en cualquier momento (una orden judicial puede afectar esta decisión).
8. Tratamiento libre de abuso mental, físico, sexual y verbal, negligencia y cualquier forma de explotación o cualquier forma de castigo corporal.
9. Revisar procedimientos específicos del programa con su asesor de.
10. Para estar informados (y cuando proceda, miembros de la familia o la fuente de referencia) sobre los resultados de la atención, incluyendo imprevistos resultados.
11. Acceder a servicios de protección y Defensoría.
12. Manejo del dolor directamente o a través de la remisión (hospitalaria y residencial).
13. Ejercer privilegios de ciudadanía si se encuentra en una hospitalización o programa residencial.

Procedimiento de quejas: Si usted cree que alguno de sus derechos, incluyendo sus derechos bajo el Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 sobre la discriminación basada en su raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, edad o religión han sido abreviado, puede presentar una queja para resolver sus quejas. Pueden adquirir formas de queja de la Gerente de la oficina o la oficina administrativa del centro en 1616 S. 14th Street en Leesburg. También tienes el derecho de entrar en contacto con el Departamento de niños y abuso de registro familias de 1-800-96-ABUSE para registrar las quejas, SAMH oficina al 407-317-7000 o el Consejo de defensa de Florida en 1-800-342-8825.

-Continúa en la parte posterior-

Como consumidor de LifeStream usted tiene la **responsabilidad** de...

1. Proporcionar información precisa y completa.
2. Programar citas en horario normal de 9:00 a 17:00 el lunes al viernes o concertar horas de la tarde con su consejero de.
3. De los compromisos financieros por:
 - a) proporcionando la prueba anual de ingresos para solicitar una tarifa reducida para los servicios,
 - b) pagando las tarifas establecidas por los servicios prestados,
 - c) ser responsable financieramente menos citas.
4. Hacer preguntas cuando no entienden su atención o no sé lo que se espera de usted.
5. Mostrar respeto y consideración hacia el personal y otros reciben cuidados. Usted puede ser responsable legalmente cualquier abuso verbal o físico hacia LifeStream personal o de otros consumidores.
6. Seguir las normas y reglamentos establecidos por el personal del programa.
7. Asistir a citas de medicamento para obtener receta repuestos.
8. Aceptar las consecuencias de los resultados si no sigues las recomendaciones de tratamiento.

Al firmar este formulario, estoy comprobando que he leído y recibido una copia de mis **derechos y responsabilidades** .

Firma del consumidor: _____

fecha: _____

-COPIA DE CARTA-



COORDINACIÓN DE SERVICIOS / CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

CONSUMIDOR : _____ Fecha Nac.: _____ # ID Cliente: _____

Para:	Proveedor de cuidado primario / Nombre del centro:			
	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Teléfono:		Fax:	
El Consumidor, _____, actualmente está recibiendo servicios de LifeStream para:				
<input type="checkbox"/> Hospitalización Psiquiátrica		<input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental		<input type="checkbox"/> Servicios de Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Medicamentos proporcionados por LifeStream:				
<input type="checkbox"/> Diagnóstico:				

Yo, _____, por la presente autorizo al proveedor de salud arriba indicado para dar y recibir información de: LifeStream Behavioral Center
P. O. Box 491000
Leesburg, FL 34749-1000

Contacto en LifeStream: Registros Médicos Teléf.: (352) 315-7467 Fax: (352) 315-7892

Toda la información, parcial o total, que posean relativa a mis exámenes y enfermedades incluyendo información psiquiátrica o psicológica, que puede ser parte del expediente médico. Esto puede incluir información sobre abuso de sustancias y/o VIH.

Esta información es liberada o solicitada con el fin de obtener información médica para integrar la atención. Se agradece su colaboración en el envío de la siguiente información: **resultados de laboratorio, EEG, EKG, cualesquiera medicamentos y estado médico actual por los últimos doce 12 meses.**

Entiendo que, bajo las disposiciones de confidencialidad de la ley de Florida 394.495(9) y Federal Reglamento CRF 42, solamente la información especificada anteriormente puede intercambiarse y únicamente con la persona o agencia especificada arriba. También entiendo que, según la Ley Federal y Estatal, puedo revocar este intercambio de información en cualquier momento, con la condición que LifeStream Behavioral Center sea notificado por escrito para tal propósito, y que la revocación no tiene efecto sobre las medidas tomadas anteriormente. Además acepto que una fotocopia de este formulario será tan eficaz como el original.

Este intercambio de información confidencial automáticamente caducará doce 12 meses desde la fecha de firma o el

Fecha de vencimiento

Firma del consumidor o Guardián Legal

ID cliente

Testigo

Fecha de firma

Fecha de firma

LifeStream Behavioral Center es una organización sin fines de lucro que ofrece servicios de salud mental y abuso de sustancias. Como cortesía profesional, los registros médicos a otros proveedores de atención médica son proporcionados sin costo alguno. Solicitamos con agradecimiento que esta cortesía sea extendida por su instalación al proveer la información arriba solicitada.



FORTALEZAS NECESIDADES PREFERENCIAS HABILIDADES

ENCUESTA PARA

Nombre: _____ Cliente ID #: _____ Programa: _____

En LifeStream creemos que cada persona tiene las fortalezas y habilidades necesarias para resolver sus propios problemas o para recuperarse de las dificultades en sus vidas. Usted podría estar buscando recuperación de problemas de salud mental, abuso de sustancias, problemas de conducta u otros desafíos de la vida. Respondiendo a estas preguntas nos puedes entender sus necesidades y opciones y qué talentos y habilidades que puede usar para hacer los cambios que desea.

S

Todo el mundo tiene puntos fuertes como la paciencia, educación, fe, una buena casa u otras cosas que pueden utilizar para ayudarles a alcanzar sus metas. Algunas de mis fortalezas son:

N

La vida de nadie es perfecta y tengamos las necesidades que nos llevaron al LifeStream o que hacen nuestra vida más difícil o nos impiden alcanzar nuestras metas. I necesito:

A

Todos tenemos capacidades o habilidades especiales o talentos como escribir, artes, deportes o pasatiempos que somos buenos en hacerlo. Éstos pueden hacer nuestra vida mejor. Algunos de mis talentos o habilidades son: _____

P

Opciones o preferencias hace cambiar o alcanzar objetivos un poco más fáciles. Opciones podrían incluir cosas como cuando o donde tengo mis citas o si soy parte de un grupo o trabajar con un solo consejero. Mis opciones o preferencias son para: _____

¿ESTÁS LISTO?

¿Qué listo soy para hacer cambios? Por favor, el círculo donde estás ahora:

No listo Seguro Listo Ya tratando de
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gracias por ayudarnos a preparar para ayudarle!

Consumidor

Fecha

Personal de LSBC

Fecha



CUESTIONARIO AL CONSUMIDOR

Nombre: *Apellido, nombre, inicial*

CLIENTE ID #:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL #:

FECHA:

Instrucciones: *Por favor marcar cualquier artículo que usted ha experimentado o está experimentando actualmente.*

- Estrés conyugal
- Otros problemas familiares
- Otros problemas de relación
- Problemas en el trabajo/escuela
- Problemas de salud
- Problemas financieros
- Problemas legales
- Triste/deprimido
- Pérdida de apetito
- Pérdida de peso
- Aumento de peso
- Dificultad para dormir
- Dificultad para concentrarse
- Cambio rápido de estado de ánimo
- Problemas con el manejo de ira o ansia
- Sensación suicida
- Sentirse despreciable
- Distanciamiento hacia personas
- Falta de interés/gusto
- Demasiadas drogas

- Demasiado alcohol
- Problemas sexuales
- Menos energía de lo habitual
- Muy hablador
- Inquieto / no puede quedarse quieto
- Nervioso/tenso
- Pánico
- Temblor/voz quebrada
- Difícil confiar en alguien
- Problemas en controlar mis pensamientos
- Demasiada preocupación
- Demasiados temores
- Sentirse culpable
- Sensación de enojo / frustración
- Pesadillas
- Demasiado dolor
- Problemas de memoria
- Ver/oír cosas extrañas
- Sentir que los demás están contra mí
- Me siento observado/hablan de mí

Comentarios:

Nombre del Consumidor (usar letras de molde)

Firma del Consumidor



PREGISTRO PORTAL ATIENTE

Bienvenido al Registro del Portal del Paciente de LifeStream. Para registrarse en el Portal del Paciente, deberá proporcionar la siguiente información:

Nombre del consumidor: _____ CID ? : _____

Nombre del Proveedor que verá hoy: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Crear una contraseña (debe tener 8 caracteres e incluir un número): _____

Fecha de nacimiento del consumidor: _____

Si el consumidor es menor de 14 años de edad: se requiere el nombre del padre, DOB, número de teléfono y código postal del padre y nombre del niño y DOB.

Nombre del Padre: _____ Date of Birth: _____

Número de teléfono: _____ Código Postal: _____

Nombre del niño: _____ fecha de nacimiento: _____

PIN n.o (emitido por el personal de recepción): _____

Pregunta de seguridad (Elija una):

¿Dónde naciste? Respuesta: _____

¿El nombre de la doncella de la madre? Respuesta: _____

¿Nombre de la primera mascota? Respuesta: _____

Acepto permitir que LifeStream Behavioral Center me registre a mí o a mi hijo en el Portal del Paciente utilizando la información anterior proporcionada por mí.

Firma del consumidor/guardián

Fecha: _____