



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

## PAQUETE DE ACCESO PARA ADULTOS

Bienvenido y gracias por seleccionarnos para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de salud mental. Nuestro objetivo es ofrecer la más alta calidad de atención posible. El paquete de información adjunto le dará tiempo para juntar información antes del ACCESO ABIERTO que será útil en la evaluación.

Entendemos que algunas de estas formas pueden ser desafiantes, consumir mucho tiempo y, en algunos lugares, ser redundantes. Queremos que sepa que cuanta más información tengamos, mejor podremos atenderle. Por favor, comprenda que esta clínica no prescribe sustancias controladas. Esto incluye los siguientes medicamentos: Xanax, Klonopin, Ativan, Ambien, Lunesta, Adderall, Ritalin, Vyvanse y cualquier otra sustancia controlada. Cualquier medicamento psiquiátrico que reciba debe provenir de un proveedor. Si tiene un proveedor alternativo de medicamentos psiquiátricos, necesitaremos una confirmación de su proveedor alternativo de que ya no le recetarán esta clase de medicamentos.

Si en algún momento de este proceso tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 325-658-7750.

### ***Además de este paquete, por favor traiga lo siguiente:***

1. Identificación con foto (si tiene puesta), si no lo tiene, háganoslo saber para que podamos referirlo a Legal Aid
2. Tarjeta de Seguro Social
3. Comprobante de ingresos (si está disponible)
4. Comprobante de seguro (si está disponible)

## ACCESO A LOS SERVICIOS

Simplemente llame al 325-658-7750 y pida hacer una cita para la admisión a los servicios, o presentándose en los horarios de acceso que se describen a continuación en la Clínica ambulatoria para adultos ubicada en 202 North Main Street. El acceso a los servicios basado en citas está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.

## ACCESO ABIERTO

Martes: 8-5

Miércoles: 8-12

Acceso Abierto opera en la capacidad de servicios sin cita previa y opera como oportunidad por orden de llegada. En caso de que se alcance la capacidad para el acceso abierto, el personal coordinará con usted la oportunidad de un servicio de admisión programada.

**Esperamos poder servirle.**



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

ADMISIÓN/EVALUACIÓN

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

PATIENT INFORMATION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_
(Apellido) (Nombre) (Inicial media)

Enumere cualquier otro nombre que haya usado en el pasado: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Seguridad social #: \_\_\_\_\_ Género: [ ] Masculino [ ] Hembra

Address: \_\_\_\_\_
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono residencial #: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo #: \_\_\_\_\_
(Código de área) (Código de área)

Estado civil: [ ] Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Separado [ ] Viuda/Viudo

Place of Employment: \_\_\_\_\_

¿Está sirviendo en las Fuerzas Armadas o es alguien de su familia miembro de, o retirado de, las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? [ ] Sí [ ] No [ ] Veterano (If so, please refer to MVPN Unit)

¿Está actualmente en libertad condicional? [ ] Sí [ ] No (En caso afirmativa, enumere el nombre del oficial de libertad condicional)

Seguro: [ ] Medicaid [ ] Medicare [ ] Seguros Privados [ ] Sin seguro

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_
(Código de área) (Código de área)

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

**INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD MENTAL**

**Médico de Atención Primaria:** \_\_\_\_\_

**Enumere cualquier alergia:** \_\_\_\_\_

**Enumere cualquier condición médica:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hay antecedentes familiares de salud mental o preocupaciones?**  Sí  No (En caso afirmativo, explique a continuación)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Tiene antecedentes de uso de sustancias?**  Sí  No (En caso afirmativo, explique a continuación)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor, compruebe cualquiera de los siguientes si se aplican a usted en este momento:**

Ver cosas       Depresión       Arrebatos de ira       Escuchar voces

Abuso de alcohol/drogas       Pensamientos de lastimarse a sí mismo o a alguien

**¿Cómo se le envió a MHMRCV? ¿En caso afirmación, por quién?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el motivo de su visita a la clínica hoy?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haga una lista de cualquier tratamiento anterior para problemas de salud mental. Esto incluye cualquier hospitalización para pacientes hospitalizados, psiquiatra privado, médico u otra clínica de MHMR. Incluir fechas.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

**Enumere todos los medicamentos actuales, incluidos los medicamentos psiquiátricos.**

---

---



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Nombre \_\_\_\_\_

Caso # \_\_\_\_\_

Un proveedor de atención médica me ha pedido que reciba servicios de telemedicina. El propósito es evaluar y / o tratar mi condición psiquiátrica. Esto se hace a través de un enlace de audio / video bidireccional con un proveedor de atención médica.

1. Yo, mi proveedor de salud o ambos hablaremos a través del enlace de audio / video con el proveedor de atención médica.
2. Si un médico o enfermera está trabajando conmigo, se pueden completar algunas partes de un examen físico. Puedo pedir que el examen y / o el enlace de audio / video se detengan en cualquier momento.
3. El riesgo potencial y los beneficios han sido discutidos conmigo. Entiendo que estos pueden incluir (pero no se limitan a):

### Beneficios potenciales

- Mayor accesibilidad a la atención de salud mental y a los servicios especializados.
- Comodidad para mí.

### Riesgos potenciales

- Información o desconexión del enlace de audio/vídeo;
  - Una imagen que no es lo suficientemente clara como para satisfacer las necesidades de la evaluación;
  - Los retrasos en la evaluación médica y el tratamiento pueden ocurrir debido a deficiencias o fallas del equipo.;
  - El enlace de audio / video se realiza a través de Internet. Hay una pequeña posibilidad de que alguien pueda tocar en esta sesión, si los protocolos de seguridad fallan;
  - Falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita en persona. Esto podría conducir a errores en la toma de decisiones médicas.
4. Si ocurre alguno de estos riesgos, o si el proveedor del sitio distante determina que hay una razón para que no participe, entonces es posible que deba detenerse el servicio de telemedicina. Si el servicio se detiene por cualquier motivo, el personal de mi ubicación



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

- trabajaré conmigo para desarrollar un plan de seguimiento.
5. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante que me pertenezca al proveedor de atención médica de MHMR Services for the Concho Valley. Esta información puede incluir mi nombre, edad, fecha de nacimiento u otra información que sea necesaria para llevar a cabo los servicios de telemedicina.
  6. Entiendo que este servicio se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por MHMR Services para el Valle de Concho.
  7. Entiendo que no recibiré ninguna regalía u otra compensación por participar en este servicio.
  8. Entiendo que debo dar mi consentimiento informado para participar en este servicio.
  9. Reconozco que he recibido Servicios de MHMR para el Aviso de Prácticas de Privacidad de Concho Valley.
  10. Sé cómo comunicarme con la Junta Médica de Texas (1-800-201-9353) si estoy viendo a un médico y tengo una queja.

Certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad. Lo he leído o me lo han leído. Entiendo su contenido, y doy mi consentimiento para recibir servicios de telemedicina. Este consentimiento permanece vigente a menos que se revoque por escrito.

Firma del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

**EVALUACIÓN FINANCIERA**

Información para el paciente:

¿El paciente ha sido visto aquí antes?  Sí  No

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial media)

**Enumere cualquier otro nombre que haya usado en el pasado:** \_\_\_\_\_

**DOB:** \_\_\_\_\_ **Seguridad social #:** \_\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Hembra

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

**Teléfono residencial:** \_\_\_\_\_ **Teléfono alternativo:** \_\_\_\_\_  
(Código de área) (Código de área)

¿Es paciente en libertad condicional?  Sí  No (En caso afirmación, ¿fue remitido a MHMRCV, de ser así, por quién?)

**Se deberá proporcionar un comprobante de ingresos durante al menos un mes. ¿Trajo prueba de ingresos??**

Sí  No  Sin ingresos Otro: \_\_\_\_\_

**El paciente está cubierto por:**

Medicaid  Medicare  CHIPs  TRICARE  Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre del seguro** \_\_\_\_\_



A Certified Community Behavioral Health Center



Adult Behavioral Health Outpatient Clinic ♦ 202 N Main ♦ San Angelo, Texas 76903

ID/Política#: \_\_\_\_\_

Eficaz: \_\_\_\_\_

Número de miembros de la familia en el hogar \_\_\_\_\_

¿Alguno de los miembros de su familia que viven en el hogar recibe servicios de MHMRCV?? Si es así, cuántos \_\_\_\_\_

**Completado por**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(nombre de impresión)

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

