



### Forma de Registracion

<b>SECTION 1: INFORMACION DEL PACIENTE</b>			
NOMBRE (APELLIDO(S), PRIMER NOMBRE, INICIAL):			
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY):	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	SEXO:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro
DIRECCION:			
CIUDAD:	ESTADO:	CODIGO POSTAL:	
TELEFONO:	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> TRABAJO	TELEFONO:	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> TRABAJO
CORREO ELECTRONICO:			
STATUS MARITAL: <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A)			
SI ES ESTUDIANTE, NOMBRE DE LA ESCUELA:			
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No -- ESPECIFICA EL TIPO DE ALERGIAS:			
CONTACTO DE EMERGENCIA:			
TELEFONO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> TRABAJO	RELACION CON EL PACIENTE:	
<b>SECCION 2: INFORMACION DE PADRE O TUTOR LEGAL:</b>			
NOMBRE (APELLIDO(S), PRIMER NOMBRE, INICIAL):		RELACION CON EL PACIENTE:	
DIRECCION (SOLAMENTE SI ES DIFERENTE A LA DE ARRIBA):			
CIUDAD: :	ESTADO: :	CODIGO POSTAL: :	
TELEFONO:	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> TRABAJO	TELEFONO:	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CEL <input type="checkbox"/> TRABAJO
<b>SECCION 3: INFORMACION DE SEGURO MEDICO:</b>			
NOMBRE DEL ASEGURADO:		TIPO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	NUMERO DE POLIZA#:		
ESTADO:			
TIENE ALGUNA ASEGURANZA ADICIONAL? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI SI LA RESPUESTA ES SI, COMPLETA LO SIGUIENTE:			
NOMBRE DEL ASEGURADO:		<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Parent	
FECHA DE NACIMIENTO:	SSN:		
TIPO:	ESTADO:	NUMERO DE POLIZA#:	
<b>**IMPORTANTE:</b> Never Give Up solo acepta algunas aseguranzas. Si tu tienes otro plan de seguro en Nevada o cualquier otro estado, aunque sea adicional a Nevada Medicaid o Nevada MCO, por favor, se conciente que tu seras responsable de pagar por completo los servicios que recibas. Para evitar cualquier malentendido, por favor asegurate de completar la "SECCION 3" de esta pagina.			
<b>Por favor, firma si has leído y entendido esta pagina:</b>			
Firma:		Fecha:	
<b>SECCION 5: DEMOGRAFIA</b>			
LENGUAJE PRINCIPAL:			
ETNICIDAD:	<input type="checkbox"/> Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Afroamericano
	<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Non- Hispanic Latino	<input type="checkbox"/> Blanco
			<input type="checkbox"/> Hawaiano/Nativo de las Islas Del Pacifico



## Políticas de HIPAA

Esta política describe cómo se puede usar y divulgar la información médica y relacionada con las drogas y el alcohol sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

La información relacionada con su atención médica, incluido el pago de la atención médica, está protegida por dos leyes federales; la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 42 U.S.C. § 1320d et seq., 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y la ley de Confidencialidad, 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. Parte 2. Bajo estas leyes, Never Give Up Behavioral Health Services (NGUBHS) no puede divulgar ninguna información que lo identifique como alcohólico o drogadicto, ni divulgar ninguna otra información protegida, excepto lo permitido por la ley federal.

NGUBHS debe obtener su consentimiento por escrito antes de poder divulgar información a su aseguradora de salud para que se le paguen los servicios.

En general, también debe firmar un consentimiento por escrito antes de que NGUBHS pueda compartir información con fines de tratamiento o para operaciones de atención médica. Sin embargo, la ley federal permite a NGUBHS divulgar información sin su permiso por escrito:

1. De conformidad con un acuerdo con una organización de servicio calificado / socio comercial;
2. Para investigación, auditoría o evaluaciones;
3. Para reportar un crimen cometido en las instalaciones de NGUBHS o contra el personal de NGUBHS;
4. Al personal médico en una emergencia médica;
5. A las autoridades apropiadas para reportar sospechas de abuso o negligencia infantil;
6. Según lo permitido por una orden judicial.

Por ejemplo, NGUBHS puede divulgar información sin su consentimiento para obtener servicios legales o financieros, o a otro centro médico para brindarle atención de salud, siempre que exista un acuerdo de socio comercial de la organización de servicio calificado.

NGUBHS puede usar o divulgar cualquier información sobre su salud de una manera que no se describa anteriormente. Primero debe obtener su consentimiento escrito específico que permita la divulgación. Usted puede revocar cualquier consentimiento por escrito por escrito.

Bajo HIPAA, usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No se requiere que NGUBHS acepte ninguna restricción a su solicitud, pero si está de acuerdo, entonces está obligado por ese acuerdo y no puede usar ni divulgar ninguna información que haya restringido excepto cuando sea necesario en una emergencia médica.

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en un lugar alternativo. NGUBHS acomodará dicha solicitud que sea razonable y no le solicitará una explicación. Bajo HIPAA, también tiene el derecho de inspeccionar y copiar su propia información de salud mantenida por NGUBHS, excepto información que contenga notas de psicoterapia o información compilada para su uso en un procedimiento civil, penal o administrativo u otras circunstancias limitadas como se define en 42 CFR

Bajo HIPAA, también tiene el derecho, con algunas excepciones, de modificar la información de atención médica mantenida en los registros de NGUBHS y de solicitar y recibir un informe de las divulgaciones de su información relacionada con la salud realizada por NGUBHS durante los seis años anteriores a su solicitud. También tiene derecho a recibir una copia en papel de este aviso.

NGUBHS está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle un aviso de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. NGUBHS está obligado por ley a cumplir con los términos de este aviso. NGUBHS se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones de notificación sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantiene. Previa solicitud, NGUBHS le enviará por correo nuestro aviso más reciente.

Firma del paciente (si el paciente es menor, se requiere la firma del padre / tutor legal)

Fecha

**Se le proporcionará una copia de este aviso.**



#### DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de los servicios de tratamiento, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, si así lo solicita en el (los) formulario (s) provisto (s) por Never Give Up Behavioral Health Services (NGUBHS):

- Derecho a solicitar restricción. Puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectaría su atención. Si paga en su totalidad por un servicio o artículo de atención de la salud, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito del pago o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos obligue a compartir esa información.

- Derecho a comunicaciones confidenciales. Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono del hogar o de la oficina) o que enviemos un correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

- Derecho a inspeccionar y copiar. Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.

Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

- Derecho a solicitar enmiendas. Puede pedirnos que corrijamos su información de salud que usted considera incorrecta o incompleta. Pregúntenos cómo hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

- Derecho a la contabilidad de las divulgaciones. Puede solicitar una lista de las divulgaciones de su información de salud que se han hecho a personas o entidades durante los últimos seis (6) años antes de la solicitud, excepto las divulgaciones para tratamiento de atención médica, pagos y operaciones, y divulgaciones basadas en pacientes autorización, o según lo requiera la ley. Después de la primera solicitud, puede haber un cargo.

- Derecho a restringir ciertas divulgaciones a un plan de salud. Puede solicitar una restricción de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida a un plan de salud si pagó de su bolsillo por completo por el artículo o servicio de atención médica.

- Derecho a una copia de este Aviso. Puede solicitar una copia impresa de este Aviso en cualquier momento, incluso si se le ha proporcionado una copia electrónica.

- Derecho a elegir proveedor. Usted comprende su derecho a seleccionar un proveedor calificado de su elección.

**Requisitos con respecto a este aviso:** NGUBHS está obligado por ley a proporcionarle este Aviso. Cumpliremos con este Aviso mientras esté en vigencia. NGUBHS puede cambiar este Aviso, y estos cambios serán efectivos para la información de salud que tenemos sobre usted, así como también para cualquier información que recibamos en el futuro. Cada vez que se registra en NGUBHS para recibir servicios de salud, puede recibir una copia del Aviso vigente en ese momento.

**Quejas:** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja con:

Never Give Up Wellness Center  
ATTN: Christina Parise, CSW-Intern  
2675 S. Jones Blvd. Suite 102  
Las Vegas, Nevada 89146

Office of Civil Rights  
U.S Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave., S.W. Room 509, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

No penalizaremos ni tomaremos represalias en su contra de ninguna manera por presentar una queja a NGUBHS o al Departamento de Salud y Servicios Humanos. Le notificaremos en el caso improbable de una violación de su información de salud protegida no segura. Póngase en contacto con NGUBHS en (702) 951-9751 si:

- Tiene alguna pregunta sobre este Aviso;
- Desea solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o
- Desea obtener un formulario para ejercer sus derechos individuales.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si el paciente es menor, se requiere la firma del padre / tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Se le proporcionará una copia de este aviso.**



Al colocar mis iniciales en cada una de las siguientes líneas a continuación, acepto cumplir estas políticas.

\_\_\_ **CONSENTIMIENTO DEL SERVICIO (S)**

Entiendo que tengo derecho a tratamiento y atención de rehabilitación, lo que incluye derivaciones a servicios médicos, psicológicos y de capacitación apropiados como parte de mi tratamiento.

Se me informará sobre la naturaleza, las consecuencias y los propósitos de los servicios disponibles para mí y los planes y recursos alternativos disponibles.

Tengo la responsabilidad de cumplir con las condiciones de admisión al programa.

Entiendo que la admisión al programa no otorga un poder legal a Never Give Up Behavioral Health Services (NGUBHS).

Por la presente, doy mi consentimiento para participar en la evaluación y / o tratamiento en NGUBHS. Este consentimiento incluirá todos los servicios prestados por NGUBHS, excepto que se excluyan por escrito.

Si la persona nombrada es un menor o un adulto que ha sido declarado legalmente incompetente, certifico que yo,

\_\_\_\_\_, soy el tutor legal de dicha persona y tengo el derecho legal de aprobar dichos servicios.

\_\_\_ **Autorizo a NGUBHS** a dejar mensajes telefónicos, correos electrónicos, mensajes de texto, incluidos mensajes de voz y mensajes de respuesta, sobre programar, cancelar o confirmar citas.

\_\_\_ **CITAS**

Si desea programar una cita, llame a la oficina durante nuestro horario normal de atención, de lunes a viernes, de 9 a. M. A 5 p. M. Nuestro número de teléfono es (702) 951-9751.

\_\_\_ **CANCELACIONES**

La asistencia regular a la terapia es crucial. Entendemos que las cosas suceden y las enfermedades ocurren, por lo que le recomendamos que solo cancele cuando sea absolutamente necesario. Le pedimos que informe al personal de la oficina tan pronto como sepa que no puede hacer una cita. Como mínimo, notifíquenos cualquier cancelación 24 horas antes de su cita, esto nos permite programar otras personas en ese intervalo de tiempo.

Llame y cancele si usted o su hijo tienen alguna enfermedad contagiosa o sarpullido. Además, si usted o su hijo está tan enfermo que no puede dedicar el esfuerzo a la terapia, cancele y vuelva a programar su sesión para otro día.

Si cancela tres citas consecutivas o no se presenta en tres citas, tenga en cuenta que su terapeuta / consejero puede colocarlo en una lista de espera o darle de alta.

\_\_\_ **HONORARIOS, FACTURACIÓN Y PAGO**

Por la presente, asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho NGUBHS en caso de que presenten un seguro en mi nombre. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por dicho seguro. En caso de que mi cuenta se vuelva en mora y, por lo tanto, no cumpla con los pagos, acepto la responsabilidad por el monto principal adeudado y todos los costos razonables asociados con el cobro de esta deuda. Esto incluye, entre otros, los honorarios del servicio de cobranza, los honorarios de los abogados y todos los costos y saldos judiciales con más de treinta días de antigüedad. Autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago de dichos beneficios. Una copia de esta asignación se considerará efectiva y válida como el original. Por la presente doy mi consentimiento a dicho tratamiento por parte del personal autorizado de NGUBHS, según lo dicte la práctica médica prudente a causa de mi enfermedad, lesión o afección. Este consentimiento pretende ser una exención de responsabilidad, excepto en el caso de negligencia.

\_\_\_ **NO DISCRIMINACION**

Como paciente de NGUBHS, entiendo que NGUBHS, como agencia de servicio social, no discrimina a ningún individuo en función de la raza, edad, sexo, origen nacional, preferencia religiosa, discapacidad u orientación sexual de una persona.

**Se le proporcionará una copia de este aviso.**



Al colocar mis iniciales en cada una de las siguientes líneas a continuación, acepto cumplir estas políticas.

**CONFIDENCIALIDAD**

Las leyes y regulaciones federales protegen la confidencialidad de los registros de los clientes mantenidos por esta agencia. En general, NGUBHS no puede divulgar a una persona fuera del programa que un cliente asista al programa, ni divulgar ninguna información que identifique a un cliente como tal a menos que:

- El cliente consiente por escrito a través de un formulario de "divulgación de información" que indica el nombre de la persona que hace la divulgación, el nombre del programa de la persona que autoriza la divulgación de la información, la información específica que se divulgará y el plazo del comunicado es válida.
- La divulgación es por orden judicial.
- La divulgación se realiza al personal médico en una emergencia médica o a personal calificado para investigación, auditoría o evaluación del programa

Doy permiso a Never Give Up Behavioral Health Services para divulgar información, verbal y escrita en los registros médicos del paciente y cualquier otra información relacionada, a mi compañía de seguros, administrador de casos, abogado, personal escolar, proveedores de servicios médicos relacionados, beneficiarios y / o beneficiarios y todas las otras personas relacionadas. La información sin identificadores del paciente se puede usar para fines de garantía de calidad y educativos.

Persodas/Organizaciones Autorizadas:

Nombre : _____	Relacion con el paciente: _____
Nombre : _____	Relacion con el paciente: _____
Nombre : _____	Relacion con el paciente: _____
Nombre : _____	Relacion con el paciente: _____

**LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD**

La información que obtengamos sobre usted se mantendrá confidencial y no se compartirá sin su permiso por escrito. Usted tiene el derecho de cancelar su permiso en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito. Existen ciertas situaciones, exigidas por la ley, en las que se puede compartir su información sin su permiso. Los fueles listados son esas situaciones:

1. Si amenazas con suicidio
2. Si usted amenaza con lastimar a otra persona (s), incluyendo asesinato, asalto, golpes físicos y abuso sexual.
3. Si informa abuso de ancianos.
4. Si denuncia la explotación sexual por parte de su consejero.
5. Si es menor de 18 años e informa sospecha de abuso o negligencia infantil, que incluye, entre otros, palizas físicas y abuso sexual.
6. Si proporciona información sobre crímenes que ha cometido o planea cometer.
7. Emergencias médicas
8. Actividades de investigación
9. Auditorías o evaluaciones del programa
10. Orden judicial
11. Litigios

**EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre si es Paciente o Padre / Tutor legal si el paciente es un menor), concedo permiso al personal contratado de Never Give Up Behavioral Health Services para autorizar el tratamiento médico para mí o para mi hijo, \_\_\_\_\_ (nombre si es Niño), en caso de emergencia médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si el paciente es menor, se requiere la firma del padre / tutor legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha