



Ventura County Behavioral Health
Identificación e Información Financiera del Responsable del pago
Información y Datos Demográficos del Cliente

Sólo para uso de oficina

Admit Date: _____ Admit Time: _____ Circle One AM PM TYPE OF ADMISSION: ☐ First Admission ☐ Re-Admission ☐ Annual Data Entry _____
ADMITTING PRACTITIONER: Name: _____ Staff #: _____ Facility / Cerner MR#: _____

Información sobre el cliente

Marcar uno Doc. Sr. Sra. Apellido del cliente: _____ Nombre de pila: _____ Segunda Inicial: _____ Padre Hijo III IV V VI
Fecha de nacimiento: MM/DD/YYYY Num. Seg. Soc.: _____ Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Desconocido
Domicilio del Cliente: _____ Num. Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono domicilio: _____ Teléfono trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____
PREFERENCIA DE COMUNICACIÓN: ☐ Correo Electrónico ☐ Correo ordinario ☐ Teléfono domicilio ☐ Teléfono trabajo ☐ Teléfono celular
CONTACTO DE EMERGENCIA: ☐ Sólo Para Uso De Oficina
ROI acquired?: ☐ Yes ☐ No Nombre: _____ Parentesco: _____
Domicilio: _____ Num. Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono #: _____ Celular #: _____ Correo Electrónico: _____

¿Desde dónde fue usted remitido?

☐ Libertad condicional para adolescentes	☐ Sala de emergencia - fuera del condado de Ventura	☐ Centro psiquiátrico-fuera del condado de Ventura
☐ Centro de alcohol y drogas fuera del condado de Ventura	☐ Sala de emergencia - condado de Ventura	☐ Centro psiquiátrico-condado de Ventura
☐ Agencia comunitaria y centro de asesoramiento	☐ Agencia de servicios humanos	☐ Centro residencial de adultos
☐ Comunidad	☐ Agencia de servicios humanos - PASS	☐ Escuelas/Educación
☐ Tribunales/Policias	☐ Aseguranza	☐ Ingresó por sí mismo
☐ Servicios de crisis	☐ Clínica medica- fuera del condado de Ventura	☐ Programa de salud mental contratado por el condado de Ventura
☐ Familia	☐ Clínica medica - condado de Ventura	☐ Programa de salud mental para adultos
	☐ Otro/desconocido	☐ Programa de salud mental para menores

Alojamiento (¿Dónde vive actualmente?)

☐ Centro residencial de adultos, centro de rehabilitación social, residencial para crisis, residencial de Transición, centro de drogas, centro de alcohol	☐ Casa/apartamento y precisa apoyo y supervisión diarias (sólo aplicable a adultos)	☐ Centro de rehabilitación de salud mental (24 horas)
☐ Centro de atención y manutención	☐ Casa/apartamento y precisa algún tipo de apoyo an actividades de la vida diaria (sólo aplicable a adultos)	☐ Otro: _____
☐ Centro de tratamiento comunitario	☐ Hospital psiquiátrico para pacientes internos, centro de salud psiquiátrica (PHF) u Hospital de Asustos de Veteranos (VA)	☐ Centro de tratamiento residencial (incluyen niveles 13-14 para niños)
☐ Hogar de familia de acogida	☐ Relacionado con la justicia (centro de menores, hoga de la Autoridad Juvenil de CA, o centro correccional)	☐ Centro de enfermería especializada/Centro de atención intermedia/Instituto de Enfermedad Mental
☐ Vivienda de grupo (incluye niveles 1-12 para niños)		☐ Hospital estatal
☐ Sin hogar (sin residencia identificable)		☐ Vivienda de apoyo (sólo aplicable a adultos)
☐ Casa/apartamento (incluye remolques, hoteles, dormitorios, barracones)		☐ Desconocido/no declarado

¿Tiene alguna discapacidad de las que figuran a continuación? (en caso afirmativo, señale un máximo de 3)

☐ Ninguna ☐ Visual: ☐ Auditiva ☐ del Habla ☐ de Movilidad ☐ Mental ☐ Discapacidad de desarrollo: ☐ Otra: _____

Mixteco - Client

¿Es usted mixteco? ☐ Sí ☐ No

Veterano Militar

☐ Sí ☐ No

Lengua principal de comunicacion-Cliente

☐ Lenguaje de signos americano (ASL)	☐ Italiano	☐ Mien	☐ Polaco	☐ Tagalo
☐ Árabe	☐ Farsi	☐ Japonés	☐ Portugués	☐ Tailandés
☐ Armenio	☐ Francés	☐ Coreano	☐ Ruso	☐ Turco
☐ Camboyano	☐ Hebreo	☐ Lao	☐ Samoano	☐ Vietnamita
☐ Cantonés	☐ Hmong	☐ Mandarín	☐ Otras lenguas de signos	☐ Desconocido / no declarado
☐ Inglés	☐ Ilocano			

Ventura County Behavioral Health

Confidential Patient Information
Welfare & Institutions Code 5328
and Evidence Code 1014

**Identification and Payer
Financial Information
Part A**

Name: _____
ID#: _____
Site: _____

Origen Étnico			
☐ Cuban ☐ Mexicano/Mexico Americano ☐ Mixteco ☐ No Hispano ☐ Otro Hispano/Latino ☐ Puertorriqueño ☐ Desconocido			
Religión - Cliente			
¿Cuál es su creencia religiosa, si pertenece a alguna? _____			
Estado Civil - Cliente			
☐ Soltero/Nunca casado ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado/Anulado ☐ Viudo ☐ Desconocido			
Nivel educativo más alto - Cliente			
☐ Ninguno, jardín de infancia 1 año 2 años 3 años	☐ 4 años 5 años 6 años 7 años	☐ 8 años 9 años 10 años 11 años	☐ 12 años/ GED 13 años 14 años 15 años
		☐ 16 años 17 años 18 años 19 años	☐ 20 años Otro, formación profesional Desconocido/No declarado
Situación laboral - Cliente			
☐ Tiempo completo - (35+ horas por semana) En las fuerzas armadas No en fuerza laboral - (ama de casa) No en fuerza laboral - (otro, sin buscar empleo el los últimos 30 días) No en fuerza laboral - (residente/interno en institución)		☐ No en fuerza laboral - (jubilado) No en fuerza laboral - (estudiante) No en fuerza laboral - (incapaz de trabajar debido a salud mental, discapacidad de desarrollo o A+D) No en fuerza laboral - (incapaz de trabajar debido a otro trastorno o discapacidad) Medio tiempo - (1-15 horas por semana sin incluir las fuerzas armadas)	
		☐ Medio tiempo ^(16-32 horas por semana sin incluir las fuerzas armadas) Desempleado - despedido del trabajo Desempleado - en búsqueda de trabajo Desconocido	
Ocupación - Cliente			
☐ Apoyo administrativo / secretariado Construcción Ejecutivo / administrativo / dirección Extracción Fabricante / montador / trabajo manual Agricultura / silvicultura / peca	☐ Trabajo manual / limpiador/obrero Operador de maquinaria Mecánica / reparaciones Militar Nunca estuvo empleado Producción de precisión	☐ Preescolar o estudiante Actividad privada en el hogar Inspectores de producción Profesional Servicios de protección Ventas	☐ Orientado a servicios Técnico Trasporte Desconocido
¿Fumador de tabaco? - Cliente			
☐ Fumador actual a diario Fumador actual ocasional Situación actual desconocida	☐ Antiguo fumador Gran fumador de tabaco Fumador ligero de tabaco	☐ Nunca fumó Fumador Se desconoce si fumo alguna vez	
Padre/Tutor/Cuidador lengua preferida de comunicacion			
☐ Lenguaje de signos americano (ASL) ☐ Árabe ☐ Farsi ☐ Italiano ☐ Mien ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Armenio ☐ Francés ☐ Japonés ☐ Mixteco ☐ Portugués ☐ Tailandés ☐ Camboyano ☐ Hebreo ☐ Coreano ☐ Otros dialectos chinos ☐ Ruso ☐ Turco ☐ Cantonés ☐ Hmong ☐ Lao ☐ Otros distintos del inglés ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Inglés ☐ Ilocano ☐ Mandarín ☐ Otras lenguas de signos ☐ Español ☐ Desconocido / no declarado			
Alias (¿qué otros nombres ha usado usted en el pasado?) - Cliente			
Tambien conocido como 1: _____		Tambien conocido como 3: _____	
Tambien conocido como 2: _____		Tambien conocido como 4: _____	
Sólo Clientes ADP			
¿Es usted cliente de Ventura County Behavioral Health-Salud Mental? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre del trabajador de su caso: _____ Dirección: _____			
Sólo Clientes femeninos ADP			
¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ Lo desconoce En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista del parto? _____ ¿Bajo atención médica? ☐ Sí ☐ No			
Materiales informativos			
¿El cliente recibió un Guía Para Servicios de Salud Mental de Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene el cliente un documento de directivas por anticipados? ☐ Sí ☐ No ¿Se le ofreció al cliente un formulario sobre ☐ Sí ☐ No			
Ventura County Behavioral Health Confidential Patient Information Welfare & Institutions Code 5328 and Evidence Code 1014	Identification and Payer Financial Information Part A		Name: ID#: Site:

Datos CSI del Cliente			
Sólo para uso de oficina Episode #: _____		Facility / Cerner MR#: _____	
Admit Date: _____		Admit Time: _____ Circle One AM PM	
Nombre de nacimiento, Apellido: _____		Nombre de pila: _____ Segundo nombre: _____	
Nombre de nacimiento de la madre: _____		Condado fiscalmente responsable del cliente: _____	
Lugar de nacimiento: Condado: _____		Estado: _____ País: _____	
CSI - Etnicidad			
☐ No hispano o latino ☐ Desconocido/No declarado ☐ Hispano o latino			
Población Especial - SÓLO PARA USO DE OFICINA			
☐ Assisted Outpatient Treatment Service(s) (AB 1421) ☐ Individualized Education Plan (IEP) Required Service(s) County School : _____		☐ Governor's Homeless Initiative (GHI) Service(s) ☐ No Special Population Services ☐ Welfare-to-Work-Plan Specified Services	
Based on current residence			
Clasificación legal - SÓLO PARA USO DE OFICINA			
☐ 14-Day Intensive Treatment ☐ Charges and/or convictions pending ☐ Other involuntary civil status ☐ 72-Hr Evaluation & Treatment for Adults ☐ Determination of competency to stand trial ☐ Other involuntary criminal status ☐ 72-Hr Evaluation & Treatment for Children ☐ Determination of sexual psychopathy & related legal categories ☐ Transfer from correctional facilities ☐ Additional 14-Day Hold ☐ Found "not guilty by reason of insanity" or "guilty but insane" ☐ Unknown / Not Reported ☐ Additional 180-Day Hold ☐ Voluntary ☐ Additional 30 Day Hold			
Código necesario para admisión - SÓLO PARA USO DE OFICINA			
☐ Emergency ☐ Planned (Prior Authorization) ☐ Unknown / Not Reported			
Problemas actuales que afectan a salud mental - SÓLO PARA USO DE OFICINA			
Substance Abuse: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Physical Health Disorders: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown Developmental Disabilities: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown			
Curaduría / Estado en la Corte - SÓLO PARA USO DE OFICINA			
☐ Murphy ☐ Lanterman-Petris-Short ☐ Juvenile Court, Dependent of the Court-300 ☐ Not Applicable ☐ Probate ☐ Temporary Conservatorship ☐ Juvenile Court, Ward - Status Offender-601 ☐ Unknown / Not Reported ☐ P.C. 2974 ☐ Rep Payee w/o Conservatorship ☐ Juvenile Court, Ward - Juvenile Offender-602			
Lengua preferida de comunicacion-Cliente			
☐ Lenguaje de signos americano (ASL) ☐ Árabe ☐ Farsi ☐ Italiano ☐ Mien ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Armenio ☐ Francés ☐ Japonés ☐ Mixteco ☐ Portugués ☐ Tailandés ☐ Camboyano ☐ Hebreo ☐ Coreano ☐ Otros dialectos chinos ☐ Ruso ☐ Turco ☐ Cantonés ☐ Hmong ☐ Lao ☐ Otros distintos del inglés ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Inglés ☐ Ilocano ☐ Mandarín ☐ Otras lenguas de signos ☐ Español ☐ Desconocido / no declarado			
Raza (marcar un maximo de 5, si es necesario)			
☐ Nativo de Alaska/Indio Americano ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Nativo hawaiano ☐ Samoano ☐ Indio Asiático ☐ Filipino ☐ Coreano ☐ Otro ☐ Desconocido/No declarado ☐ Negro o Africano Americano ☐ Guamaniano ☐ Laosiano ☐ otro asiático ☐ Vietnamita ☐ Camboyano ☐ Hmong ☐ Mien ☐ Otro isleño del Pacifico ☐ Blanco/Caucasiano			
El cliente es cuidador primario de:			
¿Numero de niños menores de 18 años de edad que cuida el cliente/es responsable de ellos al menos el 50% de tiempo? _____ ¿Numero de adultos dependientes de 18 años de edad y mayores que cuida el cliente/es responsable de ellos al menos el 50% del tiempo? _____			
Información adicional sobre otros contactos de emergencia			
<u>CONTACTO DE EMERGENCIA:</u>			
Nombre: _____		Parentesco con el cliente: _____ Teléfono #: _____	
Nombre: _____		Parentesco con el cliente: _____ Teléfono #: _____	
Nombre: _____		Parentesco con el cliente: _____ Teléfono #: _____	
Ventura County Behavioral Health		Identification and Payer Financial Information	
Confidential Patient Information Welfare & Institutions Code 5328 and Evidence Code 1014		Part A	
		Name: _____	
		ID#: _____	
		Site: _____	



Ventura County Behavioral Health Información Financiera del Pagador

Sólo para uso de oficina

Admit Date: _____

Admit Time: _____

Family #: _____

Apellido del Cliente: _____ Nombre de pila: _____ Segunda inicial: _____ Núm. Teléfono: _____
Persona responsable por el pago: Apellido: _____ Nombre de pila: _____ Segunda inicial: _____ Núm. Teléfono: _____
Dirección de correo: _____ Núm. Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Medi-Cal, Medicare

Núm. Medi-Cal: _____ Núm. Medi-Care: _____
Fecha de emisión: MM/DD/YYYY Fecha entrada en vigor Parte A: MM/DD/YYYY Fecha entrada en vigor Parte B: MM/DD/YYYY

Seguro primario

Nombre de Compañía de Seguro: _____ Se requiere autorización previa: ☐ Sí ☐ No
Dirección de correo: _____ Num. Ste: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Núm. Grupo: _____ Fecha entrada en vigor: MM/DD/YYYY Núm. Póliza: _____
Nombre del asegurado: _____ Núm. Seguro Social del Asegurado: _____
Empresa del asegurado: _____
Relación cliente con el asegurado: _____ ¿Compensación de los trabajadores? ☐ Sí ☐ No

Compañía de seguro secundaria

Nombre de Compañía de Seguro: _____ Se requiere autorización previa: ☐ Sí ☐ No
Dirección de correo: _____ Num. Ste: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Núm. Grupo: _____ Fecha entrada en vigor: MM/DD/YYYY Núm. Póliza: _____
Nombre del asegurado: _____ Núm. Seguro Social del Asegurado: _____
Empresa del asegurado: _____
Relación cliente con el asegurado: _____ ¿Compensación de los trabajadores? ☐ Sí ☐ No

Responsabilidad financiera

¿Dependientes (núm. de personas (grupo familiar) dependientes de ingresos? _____
Ingresos: (Introducir ingresos de clientes/personas responsables recibidos mensualmente)
Ingresos del trabajo: \$ _____ SSA: \$ _____ Otros: \$ _____
Ingresos por desempleo: \$ _____ SSI: \$ _____
Seguro Estatal de Discapacidad: \$ _____ Beneficios VA: \$ _____ Ingresos totales: \$ _____

Método Uniforme para Determinar La Capacidad de Pago (UMDAP)

Sólo para uso de oficina UMDAP Start Date: MM/DD/YYYY UMDAP End Date: MM/DD/YYYY

Ingresos mensuales de persona responsable	Activos de personal responsable	Gastos mensuales de personal responsable			
Propios: \$ _____	Ahorros: \$ _____	Ordenados por tribunal: \$ _____			
Cónyuge: \$ _____	Salvos bancarios: \$ _____	Cuidado de niños: \$ _____			
Otros: \$ _____	Valor de mercado de acciones: \$ _____	Cuidado de dependientes: \$ _____			
Sólo para uso del Condado Calculated UMDAP \$ _____	Valor de mercado de bonos: \$ _____	Gastos médicos: \$ _____			
	Valor de mercado de fondos mutuos: \$ _____	Jubilación: \$ _____			
	Valor de mercado de otros: \$ _____				
Apellido, nombre de pila, segunda inicial _____ Edad _____ Género _____	Cliente ☐	Jefe de familia ☐	Miembros de la familia en casa ☐	Miembros de la familia fuera de casa ☐	Miembro extendido de familia ☐
Apellido, nombre de pila, segunda inicial _____ Edad _____ Género _____	☐	☐	☐	☐	☐
Apellido, nombre de pila, segunda inicial _____ Edad _____ Género _____	☐	☐	☐	☐	☐

Ventura County Behavioral Health

Confidential Patient Information
Welfare & Institutions Code 5328
and Evidence Code 1014

Identificación e
Información Financiera
del Pagador-Parte B

Name: _____

ID#: _____

Site: _____

Comunicación de información/Autorización para el pago

Todos los clientes son responsables del costo de servicios recibidos en Ventura County Behavioral Health (por sus siglas en inglés, VCBH). Presentaremos en su nombre la factura a su compañía de seguro. Se espera de los clientes, como mínimo, que pague en el momento de recibir el servicio todos los gastos deducibles aplicables, copagos, y cualquier otra parte el cliente no cubierata. Usted es responsable de suministrar información relativa a su compañía de seguro. Por favor, traiga todas las tarjetas del seguro con usted en su primera visita. El no presentar la información de seguro adecuada puede dar lugar a que usted tenga que hacerse cargo del pago de todos los servicios recibidos.

Si usted es un nuevo cliente o si hay cambios en su cobertura de seguro, usted será sometido a nuestro proceso de verificación de seguro. Comprobaremos de qué beneficios dispone usted, en su caso, a través de su plan de seguro. Por favor, recuerde que la comprobación de beneficios no garantiza el pago por parte de ninguna compañía de seguro.

Entiendo que soy responsable económicamente de todos los servicios no cubiertos por servicios escolares relacionados con un Programa de Educación Individualizado (IEP), o por mi seguro. Si en cualquier momento durante mi tratamiento pierdo el derecho a servicios, entiendo que seré responsable de la cantidad menor entre los gastos o mi Método Uniforme para Determinar la Capacidad de pago (UMDAP, por sus siglas en inglés).

Entiendo y acepto que soy responsable económicamente por todos los servicios brindados por Ventura County Behavioral Health. Autorizo a Ventura County Behavioral Health a que comunique a mi compañía de seguro cualquier información médica necesaria para el procesamiento de una reclamación. Doy mi consentimiento para que se utilice una copia de esta autorización en lugar del original.

- ✓ Pidanos que le demos explicaciones si no entiende por que tiene que pagar por los servicios.
- ✓ Pregúntenos cuanto le costaran estos conceptos o servicios.

Consentimiento para el pago (el Cliente o el Padre/Madre/Tutor han de firmar y poner sus iniciales en el consentimiento para el pago)

UMDAP Calculado Anual.....	\$
----------------------------	----

Me comprometo a pagar mi coste anual hoy o en mi próxima visita.

Iniciales del pagador _____

Me comprometo a pagar \$ _____ cada _____ y a pagar cualquier cantidad

restante en mi ultima visita a VCBH.

Iniciales del pagador _____

Firma del Cliente o Representante Legalmente Autorizado

Fecha

Firma del Representante de VCBH

Fecha

Ventura County Behavioral Health

Confidential Patient Information
Welfare & Institutions Code 5328
and Evidence Code 1014

**Identificación e
Información Financiera
del Pagador-Parte B**

Name: _____

ID#: _____

Site: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEHEALTH

Para satisfacer sus necesidades durante estos tiempos, New Dawn Counseling and Consulting, Inc. proporcionará servicios de TeleSalud. Puede decidir optar por no recibir estos servicios y recibir referencias para otras agencias o tomar un descanso temporal hasta que comencemos los servicios en persona. Al firmar este formulario, usted acepta recibir servicios de telesalud durante este período.

Entiendo que tengo los derechos con respecto a la telesalud:

1. Entiendo que Telehealth puede incluir comunicación a través de Internet, llamadas telefónicas, correo electrónico, videoconferencia, correo de voz y, a veces, mensajes de texto a su consejero.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mis sesiones es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, denunciar el abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; expresó amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde hago que mi estado mental o emocional sea un problema en un proceso legal. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telesalud a otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
3. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de telesalud en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
4. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero, de que: la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas, la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, y / o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría perderse o acceder involuntariamente a personas no autorizadas. New Dawn Counseling utilizará un software de transmisión de audio / video seguro y encriptado para entregar TeleHealth.
5. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi consejero para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico que sean personalmente sensibles para mí, (2) preguntar al personal no clínico salir de la sala de telesalud y / o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.
6. Entiendo que se requiere mi consentimiento para enviar mi información de identificación personal a un tercero.

Client Full Name:

EPSDT(only)County ID:

Site:7680

7. Comprendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes relacionadas con el estado en el que resido.
8. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debe llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a la crisis en mi área inmediata.
9. La siguiente información se refiere específicamente a videoconferencias y sesiones telefónicas:
 - a. Debido al material sensible que se cubre en cada sesión, esté solo en la sala, a menos que se acuerde lo contrario con su proveedor de salud mental.
 - b. No llame a su consejero por videoconferencia mientras conduce o en un área pública
 - c. Por favor llame a su consejero si llega tarde
 - d. Vístase como si fuera a una cita en persona.
 - e. Tenga sesiones en una habitación con distracciones mínimas (no envíe mensajes de texto, envíe correos electrónicos, navegue por Internet ni participe en ninguna otra actividad mientras esté en su sesión).
 - f. Asegúrese de que todos los dispositivos electrónicos estén apagados durante la sesión (TV, radio, ipods, estéreos)
 - g. No fumar, vapear o usar productos de tabaco durante las sesiones.
 - h. No asista bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.
 - i. Asegúrese de tener sus dispositivos completamente cargados antes de su cita programada.

Consentimiento del paciente para el uso de telesalud

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, la he discutido con mi consejero y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento.

Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en el uso de los servicios de telesalud para el tratamiento en los términos descritos en este documento. Con mi firma a continuación, declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

No tengo acceso a una cámara web / teléfono inteligente y necesito hacer sesiones por teléfono ☐ sí ☐ no

Correo Electrónico

Teléfono

Nombre del Cliente

Nombre del padre / madre o tutor

Firma del cliente o padre

Fecha

Client Full Name:

EPSDT (only) County ID:

Site:7680



New Dawn y el Condado de Ventura
Departamento de Salud Mental
Consentimiento Para Servicios de Salud Mental

1. Los servicios de salud mental pueden incluir evaluación, servicios diagnosticos, intervención en crisis, apoyo para empleo, apoyo de vivienda, servicios de rehabilitación, manejo de casos, terapia individual, familiar o de grupos, o medicamento. Los servicios son proveidos por miembros calificados del personal de New Dawn del departamento de salud mental del Condado de Ventura. (Personal calificado incluye los dos, personal con licencia o sin licencia).
2. Usted sera informado, (con una forma de consentimiento por separado), a cerca de cualquier medicamento recomendado para uso como parte de los servicios de salud mental.
3. Se espera que usted pague todo o en parte por los servicios recibidos, si se aplica usted. La cantidad que usted paga depende de su habilidad de pagar basado en sus ingresos y miembros en la familia.
4. Toda la información y los datos obtenidos en el curso de servicios seran confidencialmente detenidos y no se soltaran a nadie sin su consentimiento por escrito, excepto bajo una o mas de las condiciones siguientes:
 - a. Si usted es menor de edad a sus padres o guardian.
 - b. Si usted es una persona bajo tutela judicial.
 - c. Si usted es considerado "L.P.S." y tienes asignado un conservador.
 - d. A agencias legales del gobierno para proteger las vidas de oficiales electivos, constitucionales federales o estatales, y sus familias.
 - e. A los tribunales, como sea necesario para la administración de justicia.
 - f. Para prevenir daños corporales a otra persona (Tarasoff vs Regents of University of California, 1976).
 - g. Cuando el abuso de niños es observado o sospechado (código penal, 11161.5).
 - h. Cuando haya abuso (o abuso sospechado) de un dependiente mayor (Welfare and Institutions Code Section 15630).
 - i. Si se observa, o se sospecha que usted ha sido herido o golpeado por asalto o abuso (código penal, 11160).
5. Usted tiene el derecho de libertad de escoger cuando usted solicita los servicios de salud mental.
6. Usted tiene el derecho de rechazar o parar los servicios de salud mental a cualquier hora, solamente que usted no se identifique en el numero 4a, b o c de arriba.

He leído lo de arriba, me convengo en aceptar servicios y reconozco que he recibido una copia de este acuerdo.

Cliente _____

Testigo _____
Print name and title _____

Padres, Guardian, Conservador _____

Fecha _____

Centro de Consejería New Dawn
Confidential Patient Information Welfare & Institutions Code 5328 And Evidence Code 1014

**Consentimiento
Para Servicios de
Salud Mental**

Name

ID #

Site



New Dawn Counseling Center

Acknowledgement of Notice of Privacy Practices, Consumer Guide and Crisis Prevention Plan

These materials do not, and are not intended to, constitute legal advice and do not necessarily reflect the opinions of legal counsel. The users may consult their own legal counselors to guide them with regard to the use of the law and of these documents.

Client Name _____

I hereby acknowledge that I have received: (Check all that apply)

☐ The Notice of Privacy Practices Statement _____ (please initial)

☐ The VCBH Consumer Guide _____ (please initial)

☐ Crisis Prevention Plan _____ (please initial)

Signature _____ Date _____

☐ Parent ☐ Guardian ☐ Self ☐ Other

Reconocimiento Del Aviso De Las Practicas De Privacidad, Guía Del Consumo, Y Plan De Prevención de Crisis.

Esta información en el no constituye asesoramiento jurídico. Así como no es un sustituto para consejo legal u otro consejo profesional. Los usuarios deben consultar sus propios consejeros legales para guiarlos con respecto al uso de la ley y de estos documentos.

Nombre del Cliente _____

Yo reconozco por este medio que he recibido: (verifique todo que aplica)

☐ El Aviso de la Declaración de las Prácticas de Privacidad _____ (Por favor de inicial)

☐ El Guía del Consumo de VCBH _____ (Por favor de inicial)

☐ Plan de Prevención de Crisis _____ (Por favor de inicial)

Firma _____ Fecha _____

☐ Padre ☐ Guardián ☐ Yo Mismo ☐ Otro

A. Información que identifica:

Nombre del terapeuta/Clínica: _____ Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

☐ CFS Manejador del caso ☐ 602 Oficial de Probación: _____ Teléfono: _____

B. Razón por la que fue referido(a)/Problema Descripción:

C. Medicamento actual:

D. Plan (marque todo lo que aplica)

☐ llame al 911 inmediatamente si el cliente:

- Tiene una emergencia medica
- Esta asaltando físicamente o destruyendo propiedad
- Esta Experimentando un desequilibrio mental (i.e., esta desorientado, no responde, alucina, etc.)
- Ha obtenido una arma
- Esta a riesgo inminente de hacerse daño a el(ella) o otros

☐ Asista a la sala de emergencia más cercano si es seguro transportar al cliente o si necesita atención inmediata que incluye pero no esta limitada a:

- Daño físico
- Efectos secundarios de la medicina después de horas de Clínica
- Complicaciones medicas
- Se le termina la medicina cuando la clínica esta cerrada

☐ Llame a CIRT (Children's Intensive Response Team) 1-866-431-2478) si el cliente tiene de 0 a 20 años de edad y:

- Amenaza con hacerse daño
- Esta fuera de control o el comportamiento empeora
- Regresa de una hospitalización psiquiátrica
- Amenaza con hacer daño a otros o destruir propiedad
- Tiene comportamientos peligrosos o arriesgados

☐ llame a (HAT) Home Access Team (805)384-1555) si el cliente tiene de 0 a 18 años de edad y no es un peligro para si mismo o para otras persona, pero esta demostrando comportamiento inmanejable, que incluye pero no esta limitado :

- Comportamiento continuo de desobediencia
- Verbalmente abusivo
- Se niega a tomar medicina
- Amenaza con irse de la casa
- Se niega a ir a la escuela

* O si los padres necesitan apoyo adicional para controlar a su hijo

C. firmas

Firma de los Padres: _____ Fecha _____

Firma del cliente _____ Fecha _____

Firma del terapeuta _____ Fecha _____

D. Referral Out

- CIRT/Crisis Team Referral: Fax 1) this form, 2) a current risk assessment, 3) the front page of the PFI, and a 4) Current Release of information to CIRT at (805)482-0973.
- HAT/Parent Partner Referral: Fax the documents above and the client MTP, with Parent Partner Support added as a service, to HAT at (805)384-1080.

 Centro de Consejería New Dawn	Youth & Families Crisis Prevention Plan	Name: _____
		ID #: _____
		Site: _____
Confidential Patient Information Welfare & Institutions Code 5328 and Evidence Code 1014		



Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?
(Marque uno)

- ☐ Ya estoy inscrito. Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- ☐ Sí. Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- ☐ No. No me quiero inscribir para votar.

NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. PUEDE LLEVAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA VOTAR ADJUNTO E INSCRIBIRSE CUANDO LE SEA CONVENIENTE.

Nombre del solicitante _____

Fecha _____

Avisos importantes

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, ello no afectará la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es sólo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo al (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en www.sos.ca.gov.



Attach Label Here

New Dawn Counseling & Consulting, Inc.

Clinician: _____

Insurance Disclaimer

To whom it may concern:

To the best of my knowledge, I can attest that my child, _____
(Print child's name)

is covered under Medi-Cal and does not have any other insurance coverage.

Signature

Date

Print Your Name

Relationship to Client

La Renuncia del Seguro Medico

A quien corresponda:

Yo declaro según mi conocimiento, y puedo atestiguar que mi niño/a,
_____ está cubierto bajo Medi-Cal y no tiene cualquier otra
(Imprima el nombre del niño/a)
cobertura de seguro medico

Firma

Fecha

Imprima Su Nombre

Relación al Cliente



New Dawn Counseling & Consulting, Inc

EPSDT: CONTRATO DE ASISTENCIA

El Centro de Consejería de 'New Dawn' hace todo lo posible para proporcionar servicios de calidad a nuestros clientes. Para garantizar el éxito de nuestro programa de consejería, el cliente o el adulto responsable cuyo nombre está escrito abajo, debe entender y estar de acuerdo con nuestras expectativas de asistencia. La asistencia regular a las citas programadas es sumamente importante para que nuestro programa de consejería sea efectivo. Favor de leer el siguiente acuerdo.

1. Entiendo que el programa de consejería es un compromiso y que este compromiso puede durar desde 3 meses o más, según la seriedad y severidad de los síntomas. Voy a colaborar con mi terapeuta para establecer una hora de que sea conveniente para los dos (ambos).
2. Entiendo que debo asistir a las primeras 5 sesiones del programa, sin falta. La única cancelación aceptada será en caso de enfermedad, acompañada por una nota del médico si fuera necesario.
3. Entiendo que soy responsable de llegar a la cita A TIEMPO.
4. Si la sesión es en mi casa, entiendo que debo estar listo(a) y preparado(a) para cuando llegue mi terapeuta. También notificaré a mi terapeuta, cambios de domicilio o teléfono.
5. Si tengo que cancelar o cambiar la cita, le llamara a mi terapeuta por lo menos de 24 horas antes de la cita. Si tenemos un acuerdo de recibir servicios en la escuela, le notificaré al terapeuta, de antemano, si el cliente no estará disponible debido a una salida de la clase, exámenes, enfermedad u otra razón relacionada con la escuela.
6. Al completar las primeras 5 sesiones, entiendo que si falto o no cancelo con 24 horas de anticipación, perderé mi hora reservada para la cita.
7. Entiendo que la inconsistencia de mi asistencia será motivo para cerrar el caso.

He leído el contrato de asistencia y cancelación estoy de acuerdo con sus términos y condiciones.

Nombre del Niño/a

Edad

Nombre del Adulto con Letra Impresa

Firma

Fecha

Firma Del Testigo

Fecha

2200 Outlet Center Dr. Suite 430, Oxnard, CA 93036