

# Centro de Salud Mental del Condado de Crawford

## FORMULARIO DE REGISTRO DEL CLIENTE

\*\*Complete el formulario cuando el cliente llegue para la admisión.

¿Es empleado de CCMHC?  Sí  No ¿Es miembro de la familia de un empleado de CCMHC  Sí  No

Nombre Legal

Completo:

Apellido

Primer Nombre

Inicial de Segundo Nombre

(Sr., Jr., II, etc.)

Fecha de Nacimiento:

Número de Seguro Social:

Referido por: (agencia, individual, hospital, si mismo, etc.):

¿Cómo escucho sobre nosotros?

CHC (clínica)

Médico

Principal

Hospital

Escuela/Interlocal/Colegio

Policía

Compañero Comunitario

Si mismo

Familiar/Amigo

Cárcel

Otro \_\_\_\_\_

Búsqueda de Internet

Letrero/Cartelero

TV

(Ponga una marca a lado del teléfono preferido:

Teléfono de Casa:

Teléfono Celular:

Correo

Electrónico:

Dirección de Corro igual que la Dirección Física:  Sí  Si no, aliste abajo.

Dirección Física:

Dirección de Correo:

Ciudad:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Idioma Hablado/Escrito Preferido:

Ingles  Español  Lenguaje de Señas Americano  Otro

especifique:

¿Se necesitan Servicios de Interpretación de Idioma?

No  Español  Lenguaje de Señas Americano  Otro

especifique:

Adultos: ¿Tiene el cliente Guardián

Sí  No

Si es así, llene la información del Guardián abajo.

Designado por la Corte?

**GUARDIAN/PADRE/PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE**

(Si el cliente es su propio Guardián/Persona Responsable deje esta sección en blanco)

Guardián/Parte Responsable por el

Pago:

Relación con el Cliente:

Número de Seguro Social:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

# de teléfono:

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO PRIMARIO (Obtener una Copia de la Tarjeta del Seguro Médico)**

Sin Seguro (Marque si el cliente NO tiene Seguro Médico)

Nombre del Titular  
de la Tarjeta:

Empleador:

Relación con el  
Cliente:

Número  
de  
Seguro  
Social:

Fecha de  
Nacimiento:

Otro: (ej. EAP):

Ingreso del Hogar \_\_\_\_\_

Numero de Dependes \_\_\_\_\_

**Por Favor Firme el Guardián/Persona Financieramente Responsable Abajo**

**IMPORTANTE – LEA CUIDADOSAMENTE**

El cliente o persona responsable firmando este formulario certifica que la información en este formulario es completa y correcta, y autoriza al Centro de Salud Mental del Condado de Crawford enviar información para facturación según lo solicitado por las fuentes de pago. Esta información puede incluir, si se solicita específicamente, copias de admisión y evaluación, planes de tratamiento, resumen del alta, notas de progreso clínico y cualquier otro registro producido por esta agencia. Esta autorización caducará una vez que se complete el procesamiento de mi reclamo de seguro y cualquier solicitud o auditoría posterior por parte de la fuente de pago, a menos que yo la revoque expresamente en una fecha anterior. Además, comprendo que revocar mi consentimiento puede resultar en que yo sea responsable del pago del reclamo y que no se utilicen las fuentes de pago anteriores.

Según sus ingresos anteriores, puede calificar para una tarifa con descuento. Dependiendo de su cobertura de seguro, su seguro puede cubrir parte o la totalidad de su tarifa. Usted será responsable de la parte no cubierta por su seguro.

Si la información proporcionada anteriormente no es precisa o completa, el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford se reserva el derecho de exigir y recibir su tarifa sin descuento, si no califica para el descuento de escala móvil. Si pierde la cobertura del seguro, el cliente será responsable del pago.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Guardián/Persona Responsable  
Financieramente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Miembro del  
Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Impreso del Guardián/Persona Responsable  
Financieramente**

**PERMISO PARA EVALUACION Y TRATAMIENTO**

Entiendo que al firmar este consentimiento para evaluación y/o tratamiento en el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford que estoy de acuerdo a participar en una evaluación y/o tratamiento en el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford para salud mental y/o las condiciones del uso de sustancias. Esto puede incluir el uso de procedimientos médicos, psiquiátricos, psicológicos, o de trabajo social considerados necesarios para el diagnóstico y tratamiento de salud mental y/o el uso de sustancias.

Entiendo que mi proveedor de servicios pueda necesitar discutir mi caso de una manera confidencial con un asociado profesional y/o supervisor para el propósito de proveerme servicios de calidad. Entiendo que estas discusiones se mantendrán confidenciales a menos que yo autorice que mi información sea divulgada o a menos que sea permitido o requerido por la ley.

Entiendo que algunas recomendaciones de tratamientos pueden abordarse durante la(s) entrevista(s) inicial(es). Una vez que las evaluaciones estén completas y un plan de tratamiento haya sido formulado, se me dará la oportunidad de repasar y discutir los resultados de la evaluación, la naturaleza de mi condición, y cualquier tratamiento, incluyendo alternativas a estas recomendaciones con mi proveedor de servicio.

Entiendo que este consentimiento es voluntario y que puedo retirar mi consentimiento de tratamiento en cualquier momento.

Si los medicamentos deben ser recetados o si se requieren exámenes médicos de laboratorio como parte de mi tratamiento, por medio de la presente, doy mi consentimiento para divulgar mi nombre a la farmacia (o programa para personas indigentes) de la que obtengo los medicamentos para que me ayuden a surtir y administrar mis recetas por mí. También doy mi consentimiento de divulgar mi nombre y mi diagnóstico (si es necesario) por el propósito de solicitar exámenes de laboratorio y obtener resultados que se puedan necesitar como parte de mi tratamiento. Esta autorización de divulgación de información automáticamente se vencerá al cerrar mi caso en el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford. Entiendo que esta divulgación de información se puede cancelar en cualquier momento dando notificación por escrito. Por la presente se otorga permiso al Centro de Salud Mental del Condado de Crawford, Inc. para proveer evaluaciones y tratamiento.

Nuestros médicos participan en el Programa de Monitoreo de Recetas Médicas en línea conocido como **K-TRACS** (Kansas Tracking and Reporting of Controlled Substances). El sistema recopila datos de recetas médicas de **TODAS** las sustancias controladas y medicamentos de interés de las Listas I, II y IV dispensados en el estado de Kansas. Este programa está autorizado en conformidad con K.S.A 65-1681 a 65-1693.

**Yo reconozco haber recibido una copia del folleto de los Derechos y Responsabilidades del Paciente, una copia del folleto de la agencia del Centro de Salud Mental del Condado de Crawford que describe los servicios disponibles, y una copia del Aviso de Información de las Practicas del Centro de Salud Mental del Condado de Crawford (según lo dispuesto por los reglamentos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA, por sus siglas en inglés)).**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cliente (Por favor en letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente/Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Miembro de Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# SALUD MENTAL DEL CONDADO DE CRAWFORD

## FORMA DE ADMISION PARA TODOS LOS CLIENTES

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<b>Nombre Pre-Matrimonial:</b> _____
<b>Nombre Preferido:</b> _____	
<b>Condado Donde Reside:</b> <input type="checkbox"/> Crawford <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Condado Responsable:</b> <input type="checkbox"/> Crawford <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Requerimos la siguiente información con el fin de ayudar a nuestro personal a usar el lenguaje más respetuoso al dirigirse a usted, comprender mejor a nuestra población y cumplir con nuestros propósitos de informes de subvenciones. Las opciones para algunas de estas preguntas fueron proporcionadas por nuestros fundadores. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio seleccionando las mejores respuestas a estas preguntas. Gracias.

<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Transgénero – F a M <input type="checkbox"/> Transgénero – M a F		
<b>Orientación Sexual:</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Confundido/a <input type="checkbox"/> Orientación Auto-identificada <input type="checkbox"/> Poli-amoroso/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Me Niego a Contestar		
<b>Pronombres Preferidos:</b> <input type="checkbox"/> El/Su <input type="checkbox"/> Ella/Su <input type="checkbox"/> Ellos/Ellos <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Me Niego a Contestar		
<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
<b>Situación de Vivienda:</b> <input type="checkbox"/> Propio/Renta <input type="checkbox"/> Viviendo con Alguien/De Casa en Casa <input type="checkbox"/> Refugio (incluyendo transicional) <input type="checkbox"/> Calle/en las Afueras	<input type="checkbox"/> Cárcel <input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial <input type="checkbox"/> Asilo de Ancianos	<input type="checkbox"/> Vida Sobria <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Me Niego a Contestar
<b>Estatus Militar:</b> <input type="checkbox"/> Sin Servicio <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Contratista Privado que se Desplegó en la Zona de Combate	<input type="checkbox"/> Miembro Familiar Inmediato en Servicio Activo <input type="checkbox"/> Miembro Familiar Inmediato es un Veterano <input type="checkbox"/> Reservas/Guardia Nunca Activado <input type="checkbox"/> Reservas/Guardia Activado	
<b>Nivel de Educación Más Alta: (marque el nivel de educación más alto que haya logrado)</b>		
<input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Trabajo de Graduación Sin Título	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria (No GED) <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> kínder	<input type="checkbox"/> Educación Especial Sin Calificación <input type="checkbox"/> Entrenamiento Vocacional <input type="checkbox"/> Nivel de Grado (indique 1-12) _____ Años de Colegio: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 (sin título)

<b>Por favor Marque el TIPO DE HOSPITALIZACIÓN MÁS RECIENTE</b> (Ultimo tipo de centro psiquiátrico para pacientes internados y/o centro de abuso de sustancias en el que recibió cuidado)	<b>Por Favor Marque Su Elegibilidad para los Beneficios de SSI o SSDI (Seguro Social)</b>
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> No Aplica
<input type="checkbox"/> Hospital Estatal de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Elegible y Recibiendo Pagos
<input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico Privado (separado del hospital general)	<input type="checkbox"/> Elegible pero sin Recibir Pagos
<input type="checkbox"/> Estabilización de crisis fuera del hogar	<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible
<input type="checkbox"/> Sala Psiquiátrica del Hospital General (dentro de un hospital general)	<input type="checkbox"/> Determinado de ser Inelegible
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Abuso de Sustancias para Pacientes Internados (excluyendo desintoxicación, etc.)	<input type="checkbox"/> Decisión de Determinación en Apelación
<input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial de Salud Mental dentro de un centro correccional estatal	

**\*\*\*Clientes: Por favor conteste las preguntas en la parte de atrás de esta forma. \*\*\***

QUESTIONARIO DE SALUD	
Femenina Solamente: ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Factores de riesgo para enfermedades infecciosas, incluyendo VIH, SIDA, VHC y ETS:</b>	
¿Ha participado en cualquier comportamiento de alto riesgo que pueda haber resultado en VIH, otra ETS, o Hepatitis C?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sexo sin Protección
<input type="checkbox"/> Usuario de Drogas Intravenosas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Parejas Sexuales Múltiples	
¿Ha dado positivo al VIH/SIDA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      ¿Ha dado positivo al Hepatitis B y/o C? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha dado positivo a otra Enfermedad Transmitida Sexualmente (ETS)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Le gustaría ser referido a ser examinado para cualquiera de las de arriba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Preguntas sobre TB (Tuberculosis):</b> ¿En el último mes ha tenido cualquiera de los siguientes? (Programas residenciales, estas preguntas están en el formulario de prueba de la piel de TB). Marque cada una que haya tendido.	
<input type="checkbox"/> ¿Una tos que haya durado más de 3 semanas?	<input type="checkbox"/> ¿Fiebre, escalofríos, o sudores nocturnos sin motivo?
<input type="checkbox"/> ¿Dolor de pecho?	<input type="checkbox"/> ¿Producción de esputo o sangre con tos?
<input type="checkbox"/> ¿Aumento de fatiga?	<input type="checkbox"/> ¿Pérdida de apetito inexplicable o pérdida de peso repentina?
<input type="checkbox"/> Falta de aire persistente	
<b>Outpatient TB referral: Did client answer yes to the above set of questions for TB?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
(If Yes, Referral to Health Department for TB Test)	

QUESTIONARIO SOCIAL	
<b>¿Tiene un Sistema de Apoyo?</b> Por favor marque todo lo que aplique.	
<input type="checkbox"/> AA, NA, etc	<input type="checkbox"/> Familia
<input type="checkbox"/> Involucrado en un grupo comunitario	<input type="checkbox"/> Otros apoyos sociales _____
<input type="checkbox"/> Conexión con amigos o grupo de compañeros	<input type="checkbox"/> Sin apoyo comunitario/social actual
<b>Orientación Religiosa/Espiritual: ¿Quiere que sus consideraciones religiosas/espirituales se traigan a la atención de sus proveedores de tratamiento?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si es así, aliste su religión/orientación espiritual: _____	
<b>¿Consideraciones/Problemas Étnicos/Culturales: Quiere que sus consideraciones/problemas étnicos/culturales se traigan a la atención de sus proveedores de tratamiento?</b> (Comida, ropa, tradición, creencias, lenguaje, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si es así, aliste sus consideraciones/problemas étnicas/culturales: _____	
<b>¿Participa usted en actividades recreativas/pasatiempos?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si es así, aliste sus actividades recreativas/pasatiempos: _____	
<b>¿Tiene usted cualquiera de los siguientes Apoyos/Recursos Financieros y Recursos Comunitarios?</b> Por favor marque todo lo que aplique.	
<input type="checkbox"/> SSI/SSDI	<input type="checkbox"/> Retiro
<input type="checkbox"/> Beneficios de VA (Veteranos)	<input type="checkbox"/> Familia/Esposo(a)
<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Estampillas de Comida
<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Otro _____

**\*\*\*Personal Solamente—Staff Only: Fill out Chronicity for all New Admissions.**

CHRONICITY QMHP USE Only: (Adult and Child)	
SUD Only	
Not SED/SPMI (receiving services other than Med Only)	SED (receiving services other than Med, TCM or CPST)
Not SED/SPMI (Med Only)	SPMI (receiving Med Only, Not CSS)
SED (receiving Med Only, Not TCM or CPST)	SPMI (receiving services other than Med or CSS)
SED (receiving TCM or CPST)	SPMI (receiving CSS services)



Si así es, elija todo lo que aplique:

MR/DD  
 Dotado

Discapacidades Físicas/Otros Problemas de Salud  
 Trastorno Emocional/Comportamiento

Discapacidad de Aprendizaje

**Colocación Temporal (Foster Care):** \_\_\_\_\_ Número de Nuevos Lugares de Colocación Temporal en los últimos 30 días.

KCSL (FC)

KVC

The Farm (TFI)

St. Francis

UMY

DCCCA

KCSL (Adopción)

Cornerstone of Care

### Factores de Riesgo de Ingreso:

- ¿Ha habido un informe anterior conocido de DCS de abuso físico?  Si  No
- ¿Ha habido un informe anterior conocido de DCS de abuso sexual?  Si  No
- ¿Ha habido un informe anterior conocido de DCS de negligencia/abuso emocional?  Si  No
- ¿Hay antecedentes conocidos de que el niño se haya escapado durante la noche?  Si  No
- ¿Hay antecedentes conocidos de que el niño haya intentado hacerse daño a sí mismo?  Si  No
- ¿Hay antecedentes conocidos de que el niño abuse de alcohol/drogas?  Si  No

(El abuso es definido como el uso repetitivo que crea consecuencias para jóvenes, o los ha puesto en situaciones peligrosas)

### Servicios Basados en Evidencia en la Admisión:

Vivienda Asistida: **NO** Servicios de Apoyo de Empleo: **NO** Diagnostico Dual (para SPMI y Abuso de Substancia): **NO**

### Información de Agencia de Policía:

\_\_\_\_\_ Número total de arrestos en los últimos 30 días

\_\_\_\_\_ Número de delitos graves adjudicados No contra la propiedad o la persona (por ejemplo, delitos de drogas) en los últimos 30 días

\_\_\_\_\_ Número de delitos graves adjudicados por delitos en contra de PROPIEDAD/ES en los últimos 30 días

\_\_\_\_\_ Número de delitos graves adjudicados en contra de Personas en los últimos 30 días

\_\_\_\_\_ Número de delitos menores en los últimos 30 días

\_\_\_\_\_ Numero de contactos cara a cara por parte de la policía con los padres o padres sustitutos para eventos que involucren al joven

### Numero de Días en un Entorno Residencial en el Último Mes:

\_\_\_\_\_ Cárcel/Detención

\_\_\_\_\_ . Refugio de Emergencia

\_\_\_\_\_ Hospital Estatal

\_\_\_\_\_ Acogida Terapéutica

\_\_\_\_\_ Unidad de Hospitalización Psiquiátrica

\_\_\_\_\_ Hogar de Acogida (Foster Home)

\_\_\_\_\_ Unidad de Resolución de Crisis/Estabilización

\_\_\_\_\_ Viviendo Temporalmente con un Familiar o Amigo de la Familia

\_\_\_\_\_ Centro de Tratamiento de Drogas/Alcohol

\_\_\_\_\_ Hogar Permanente: Biológico, adoptivo, u otro

\_\_\_\_\_ Tratamiento Residencial/Nivel 6

\_\_\_\_\_ Vivienda Independiente

\_\_\_\_\_ Casa de Grupo (Niveles 3, 4, o 5)

\_\_\_\_\_ . Sin Hogar

\_\_\_\_\_ **Número Total de Días en el Entorno Residencial Anterior**

### Para Uso de la Oficina Solamente - CBCL Score:

\_\_\_\_\_ Total Competence Scale is 10 to 80

\_\_\_\_\_ Total Problem Scale is 24 to 100

\_\_\_\_\_ Internalizing Scale is 33 to 100

\_\_\_\_\_ Externalizing Scale is 33 to 100

10/18/22 sk





# CRAWFORD COUNTY MENTAL HEALTH CENTER

911 E Centennial  
Pittsburg, KS 66762  
www.crawfordmentalhealth.org

620-231-5130  
620-235-7101 Fax

## LISTA DE VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Antes de comenzar la videoconferencia y servicios telefónicos, discutimos y acordamos lo siguiente:

- Acordamos el uso de la plataforma de videoconferencia elegida para nuestras sesiones virtuales, y su proveedor le explicara cómo usarla.
- Acordamos que si la videoconferencia no está disponible o si la sesión de videoconferencia se desconecta utilizaremos el teléfono para conducir la sesión.
- Si no es un adulto, necesitamos permiso de su padre o guardián legal (y su información de contacto) para que pueda participar en sesiones de telesalud.
- Hay beneficios y riesgos potenciales en los servicios de videoconferencia y de teléfono (ej. limites en la confidencialidad del paciente) que diferencia en sesiones en persona.
- La confidencialidad todavía aplica para los servicios de telesalud, y nadie grabara la sesión sin el permiso de la(s) persona(s).
- Debe usar una cámara web o un teléfono inteligente durante la sesión para servicios de videoconferencia.
- Es importante estar en espacio privado silencioso que esté libre de distracciones (incluyendo teléfono celular u otros dispositivos) durante la sesión.
- Es importante usar una conexión de internet segura en vez de Wi-Fi publico/gratis.
- Es importante estar a tiempo. Si necesita cancelar o cambiar su tele-cita, usted debe notificar a su proveedor por adelantado por teléfono o correo electrónico.
- Necesitamos un plan de respaldo (ej. número de teléfono donde se le pueda localizar) para reiniciar la sesión o para reprogramarla, en caso de problemas técnicos.
- Necesitamos un plan de seguridad el cual incluya por lo menos un contacto de emergencia y el Cuarto de Emergencia más cercano a su locación, en el evento de una situación de crisis.
- Debe confirmar con su compañía de seguro que las sesiones de video/teléfono serán reembolsadas; si no son reembolsadas, usted es responsable por el pago completo.
- Como su proveedor, puedo determinar que debido a ciertas circunstancias, telesalud ya no es apropiado y que debemos resumir nuestras sesiones en persona.

---

Nombre del Proveedor

---

Nombre del Consumidor

---

Firma del Proveedor

---

Firma del Consumidor/Guardián

---

Fecha

---

Fecha

**Centro de Salud Mental del Condado de Crawford**  
**RECONOCIMIENTO DE COMUNICACION ELECTRONICA (Texto y Correo Electrónico)**

**Estoy de acuerdo con los siguientes términos acerca de la comunicación electrónicamente con mis proveedores en el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford:**

- Entiendo que la comunicación usando cualquier dispositivo electrónico, por naturaleza, no es seguro. Al escoger comunicarse de esta manera, yo reconozco que puedo poner en riesgo de exposición mi propia información de salud.
- En todas las situaciones de crisis, estoy de acuerdo en usar los Servicios de Emergencia del Centro de Salud Mental del Condado de Crawford 620-232-SAVE (7283) – para pedir asistencia o para poder ser visto en persona.
- Entiendo que los Servicios de Emergencia están disponibles 24 horas al día, 7 días de la semana, y debo de contactarlos directamente si estoy teniendo pensamientos de lastimarme yo mismo o a otros.
- También entiendo que en el evento de una situación de crisis donde mi seguridad o la seguridad de otros está en juego, llamare al 911 inmediatamente.
- Estoy de acuerdo en solo usar la comunicación electrónica con mi(s) proveedor(es) durante sus días/horas de trabajo programados.
- Entiendo que los mensajes serán respondidos en 24 horas o el siguiente día programado de trabajo de mi proveedor (en el evento de fines de semana, días festivos y vacaciones, salidas de enfermedad, etc.).
- Entiendo que mi proveedor no leerá comunicación de parte mía ni responderá fuera de sus horas de trabajo regularmente programadas.
- Estoy de acuerdo en comunicarme electrónicamente solo en situaciones que no sean de crisis limitadas a programar, reprogramar o cancelar citas o cuando llegue tarde.
- Entiendo que mi proveedor de Salud Mental del Condado de Crawford también está limitado a usar comunicación electrónica para programar, reprogramar, cancelar y o cuando llegue tarde.
- Acepto no discutir la información orientada al tratamiento o el intercambio de información personal a través de la comunicación electrónica con mi proveedor.
- Acepto no compartir la información electrónica de contacto de mi proveedor del Centro de Salud Mental del Condado de Crawford con ninguna persona sin primero obtener permiso del proveedor para hacerlo.
- Acepto permitir que mi proveedor me asista en programar el número de Servicios de Emergencia del Centro de Salud Mental del Condado de Crawford en mi teléfono.

**Entiendo los riesgos de usar la Comunicacion Electronica:**

- La comunicacion electrónica se puede distribuir, reenviar y almacenar.
- Copias de respaldo de correos electrónicos y mensajes de texto pueden existir aun después del que las envié o el recipiente las haya borrado.
- Los mensajes pueden ser interceptados, alterados, reenviados o usados sin autorización o detección.
- Al usar correspondencia electrónica, entiendo que puede ser mal dirigida o enviada al destinatario equivocado.
- Los mensajes pueden ser malinterpretados por los recipientes.
- Las comunicaciones se pueden utilizar como prueba en procedimientos judiciales y se pueden citar.
- La información que yo comparto electrónicamente puede ser parte de mi registro de paciente en el Centro de Salud Mental del Condado de Crawford.
- Los dispositivos electrónicos pueden perderse o estar fuera de mi posesión o de mi proveedor y otros pueden acceder a ellos.

**Al firmar a continuación, soy consciente y entiendo los riesgos de comunicarse a través de dispositivos electrónicos y por la presente autorizo a mi proveedor y al Centro de Salud Mental del Condado de Crawford a comunicarse conmigo electrónicamente.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cliente (Por favor en letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente/Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Miembro de Personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**