

RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS DEL CLIENTE

1. Estoy de acuerdo en ser evaluado por un miembro del personal clínico del Bowen Center. Tras la evaluación, se me solicitará el consentimiento para recomendaciones específicas de tratamiento como se indica en el plan de tratamiento.
2. Entiendo que estos servicios son voluntarios, y que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento.
3. Entiendo que las sesiones de terapia son privadas, y que las conversaciones durante la terapia no pueden ser grabadas sin el consentimiento tanto del paciente como del proveedor.
4. Yo entiendo que el personal médico del Bowen Center rutinariamente verificará que yo no estoy recibiendo sustancias controladas de otro proveedor, a través del informe de INSPECCION (**únicamente clientes de medicamento**).
5. Yo entiendo que el personal médico del Bowen enviará ordenes de prescripción a la farmacia que yo haya designado con el propósito de continuar el tratamiento. Estas prescripciones pueden incluir información que revela que yo soy un paciente que usa sustancias (diagnóstico, nombre del medicamento). Yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, al menos que el Bowen Center ya haya actuado en función de este. La expiración de este específico consentimiento será hasta la finalización de los servicios o cuando un nuevo consentimiento es firmado.
6. Entiendo que, por mi seguridad mi historial de llenado de medicamentos puede ser obtenido electrónicamente de la base de datos de la farmacia, para asegurar una información completa de medicamentos.
7. Yo entiendo que enfermeros estudiantes/internos, tal vez estén tomando parte en mi tratamiento, y que puedo rechazar tratamiento que es ofrecido por ellos en cualquier momento.
8. Se me ha ofrecido una copia de mis derechos y responsabilidades del Bowen Center y ASPIN, con respecto a los servicios siendo proporcionados. Una copia de estos derechos y responsabilidades será publicada en la oficina en la cual estaré recibiendo tratamiento, o puedo verlos en el sitio web del Bowen Center: www.bowencenter.org
9. He recibido una copia de la información de la Prevención del Suicidio. Esta también está disponible en el sitio web del Bowen Center: www.bowencenter.org (N/A para IPU –el paciente recibirá esta cuando salga)
10. He recibido un sumario del aviso de prácticas de privacidad del Bowen Center. Soy consciente que la información detallada está disponible bajo petición, y está disponible en el sitio web del Bowen Center: www.bowencenter.org.
11. Yo, y/o el paciente siendo admitido seremos financieramente responsables de pagar al Bowen Center por cualquier costo incurrido para coleccionar esta deuda incluyendo, pero no limitado a los costos de colección, intereses y costos de abogado. Entiendo que algunos servicios pueden ser ordenados por la corte. Entiendo también que algunos servicios pueden incluir preparación de reportes, testimonio y otros servicios no directos para el paciente.
12. **Finanzas (Pagos, Cargos y Facturación)**
 - Yo entiendo que estos servicios serán cargados al precio que fue discutido conmigo.
 - Yo estoy de acuerdo en notificar al Bowen Center de los cambios que puedan afectar mi tarifa
 - Yo entiendo que es requerido proveer prueba por escrito del estado financiero. Faltar a proveer esta información de manera oportuna, denegará cualquier descuento en las tarifas.
 - Yo entiendo que las consultas por teléfono con el paciente y/o familia, pueden ser cobradas a la tarifa regular.
 - **Yo entiendo que el pago es debido al tiempo del servicio, y que todos los copagos y deducibles son debidos en cada visita.** Cualquier otro arreglo debe ser aprobado con anticipación.
 - Yo entiendo que soy responsable por cualquier saldo restante después de que la aseguradora haya pagado, o si la aseguradora no paga.
 - Estoy de acuerdo que para que usted coleccionar cualquier cantidad que yo pueda deber; usted puede comunicarse conmigo por teléfono, en cualquiera de los números de teléfono asociados con mi cuenta. Los Métodos de contacto pueden incluir usando mensajes pregrabados/mensajes de voz artificial, y/o el uso de servicio de marcado, si es aplicable.
 - Esto es para informarle a usted que al menos, de otra manera requerida, el Bowen Center presentará todos los servicios con su compañía aseguradora y/o Medicare. Si usted pide que no se le pase la cuenta a su compañía aseguradora, usted será responsable por la totalidad de su balance.

Firmando en la parte de abajo, reconozco que las declaraciones e informaciones correspondientes me han sido explicadas y revisadas conmigo, y yo las entiendo. Voluntariamente estoy de acuerdo en participar en el tratamiento.

Firma del Paciente

Fecha

Imprima el nombre del Paciente

Firma del Representante del Paciente (si es aplicable) Fecha

Relación del representante con el Paciente

C497S (R04) (11/30/20)

Client Acknowledgements / Consents - Spanish

Bowen Center

(Tab:R/C)

Client Name: _____

MRN: _____

Location: _____

Divulgaciones de información sobre el uso de sustancias Requisitos federales

Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) protegen la confidencialidad de los registros de pacientes con desordenes por uso de sustancias. Como proveedor de la parte 2, el Bowen Center esta requerido a proporcionarle a usted un sumario de estas regulaciones por escrito. Estas regulaciones cubren cualquier registro que refleje un diagnóstico que identifique a un paciente que tenga o haya tenido un desorden por uso de sustancia, el cual es preparado inicialmente por el Bowen Center en conexión con el tratamiento o referencia para el tratamiento de un paciente con un desorden por uso de sustancias.

- Reconociendo la presencia de pacientes: La presencia de un paciente identificado en un centro de salud o en una parte de un centro de salud, que es públicamente identificado como un lugar donde únicamente se proporciona diagnóstico, tratamiento o referencia para tratamiento del desorden por uso de sustancias, puede ser reconocida sólo si se obtiene el consentimiento por escrito del paciente o si se introduce una orden judicial que autorice de acuerdo con la subparte E de 42 CFR parte 2.
- Respondiendo a una solicitud de divulgación de los registros del paciente que no es permisible bajo las regulaciones en esta parte, se debe hacer en una forma que no revelara afirmativamente que un individuo identificado ha sido o está siendo diagnosticado o tratado por un desorden por uso de sustancias. Se le puede proporcionar a una parte interesada una copia de las regulaciones en esta parte, y advertirles que restrinjan la divulgación de registros de pacientes con desordenes por uso de sustancias, pero no se le puede decir afirmativamente que las regulaciones restringen la divulgación de los registros de un paciente identificado.
- Violación de las leyes federales y regulaciones por un Bowen Center es un delito, y esas presuntas violaciones deben ser reportadas a las autoridades apropiadas consistente con 42 CFR Parte §2.4, junto con la información de contacto.
- Información relacionada con la comisión de un delito por parte de un paciente en las edificaciones del Bowen Center o contra personal del Bowen Center, no está protegida;
- Sospecha de abuso y negligencia infantil hecha bajo la ley estatal a las autoridades estatales o locales apropiadas no están protegidas;
- Divulgaciones son permitidas sin el consentimiento del paciente para emergencias médicas, fines de investigación, y auditoria y actividades de evaluación;
- No cubierto por los reglamentos en esta parte: (1) Diagnósticos, los cuales son hechos solamente con el propósito de proporcionar evidencia para su uso por las fuerzas del orden u oficiales; o (2) Un diagnóstico de sobredosis de drogas o intoxicación de alcohol que claramente muestra que el individuo envuelto no tiene un desorden por uso de sustancias (ejemplo., ingestión involuntaria de alcohol o drogas o reacción a una dosis prescrita de uno o más medicamentos).

Divulgaciones para operaciones de tratamiento y atención médica

El consentimiento del paciente es requerido para divulgaciones de sus registros para pago o actividades de operaciones de atención médica; un titular legal que recibe dichos registros bajo los términos del consentimiento por escrito puede además divulgar esos registros como sea necesario para sus contratistas, subcontratistas, o representantes legales para llevar a cabo el pago y/u operaciones de atención médica en nombre de dicho titular legal. De acuerdo con 42 CFR Parte §2.13(a), revelaciones bajo esta sección deben ser limitadas a esa información, que es necesaria para llevar a cabo el propósito declarado de la divulgación. Referirse a 42 CFR Parte §2.33 para obtener una lista de ejemplos de actividades de pago u operaciones de atención médica permitidas en esta sección.

Doy consentimiento al Bowen Center para divulgar mis registros de uso de sustancias para uso en actividades de pago y operaciones de atención médica como se describe bajo 42 CFR Parte §2.31 y §2.33. Yo entiendo que este consentimiento no expira al menos que yo presente por escrito mi solicitud de revocación de mi consentimiento.

Nombre del paciente	Firma del paciente	Fecha
C840S (08/14/20) Disclosures of Substance Use – Federal Requirements <i>Spanish</i> Bowen Center		Patient Name: _____ MRN: _____ Location: _____

Evaluación financiera / tarifa nominal

Por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene corrientemente activo el Medicaid? No Si

(Teniendo Medicaid o Medicare no será usado para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera.)

2. Tamaño de la unidad familiar: _____ (Número de personas sostenidas por el ingreso de familia: La familia es definida como: un grupo de dos personas o más (uno de los cuales es la cabeza de la familia relacionado por nacimiento, matrimonio, o adopción y que residen juntos; todas esas personas (incluyendo miembros de la subfamilia relacionada) son considerados como miembros de una familia. El Bowen Center también aceptara miembros del hogar no relacionados cuando calcula el tamaño de la familia.)

3. Nombre del jefe de familia: _____

4. Total ingreso anual del hogar: \$ _____

5. A continuación, se encuentran las pautas federales actuales de pobreza:

El ingreso incluye el salario bruto; salarios; propinas; ingreso de negocios y trabajo por cuenta propia ; compensación de desempleo; compensación de trabajadores; Seguridad Social; Seguridad de ingreso suplementario; asistencia pública; pagos de veteranos; beneficios para sobrevivientes; ingreso de pensión o retiro; interés; dividendos; regalías; ingreso de renta de propiedades, y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia fuera del hogar; y otros recursos misceláneos.

Tamaño de la familia	200% de las pautas federales de pobreza
1	\$27,180
2	\$36,620
3	\$46,060
4	\$55,500
5	\$64,940
6	\$74,380
7	\$83,820
8	\$93,260
	Añada \$9,440 por cada persona adicional

Certifico que no tengo ingreso.

**** Se solicita documentación comprobatoria de ingresos. Pero no es requerida para ser elegible para el descuento de tarifa variable, si no tiene cubrimiento de seguro ****

Mi firma certifica que el ingreso bruto total del hogar es exacto.

Firma del Paciente o padre/Guardian

Fecha

A351 (R01) (03/08/22)

Financial Nominal Fee Assessment

Bowen Center

(Tab: Ins/Fin) (Scan)

Name: _____

MRN: _____

Location: _____

Problemas Médicos / Estado de Salud

Revise a continuación todas las condiciones médicas actuales o históricas:

- Usted está en riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmitidas colesterol alto Obesidad
 Defectos de nacimiento Diabetes Enfermedades del corazón Asma Infecciones del oído
 Acné severo Eczema Hipertensión Problemas del riñón Problemas del hígado Convulsiones
 Lesiones en la cabeza Prueba de TB Positiva Sonda Problemas dentales
 Tuberculosis (los síntomas pueden incluir tos crónica sudores nocturnos, fatiga o pérdida de peso)
 Problemas médicos: _____ Médico de tratamiento: _____

- No ha tenido un examen físico en el último año. Fecha del último examen: _____
 Las vacunas no están al día (incluyendo la vacuna de la gripa) ¿Por qué? _____
 Equipo médico usado (Ejemplo: prótesis, marcapasos, caminador, VNS, etc.) Lista: _____
 ¿Tiene algún problema con la visión, el oír, o el habla? Describa: _____

¿Marcó algún artículo arriba?

No Si

Únicamente para el uso del personal:

**** Si, "Sí", es marcado arriba, recomiendo que el cliente vea a un médico para un examen físico y tratamiento de la condición identificada. Incluya análisis del impacto que la condición física tiene en la salud mental de él/ella****

¿Hay alguna historia familiar, de problemas médicos? *Si es así*, especifique por favor.

No Si

¿Se ha lesionado en el último año (como: caídas, huesos rotos, lesiones deportivas, etc.)? *Si es así*, especifique:

No Si

¿Tiene Usted alguna clase de alergias? *Si es así*, enumérelas:

No Si

¿Si eres mujer, está embarazada o dando pecho?

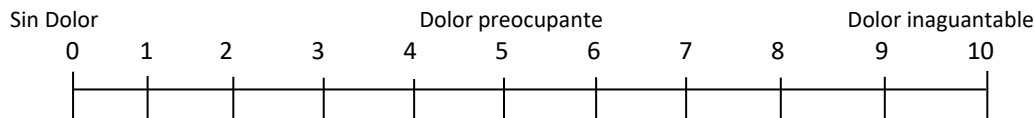
Fecha en que el bebé nacerá: _____

No Si

Evaluación de Dolores/Molestias

¿En este momento, tiene algún dolor/molestia física presente u ocasional? *Si es así*, por favor encierre un número en la tabla de abajo, que describe su dolor.

No Si



¿Dónde le duele?

¿Cuándo empezó el problema?

¿Cuánto tiempo dura?

¿Está usted recibiendo tratamiento para el dolor identificado? *Si es así*, nombre del médico:

No Si

¿Qué actividades no puede hacer a causa del dolor?

Análisis de Riesgo de Nutrición

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones médicas? Enfermedad del corazón Enfermedad de los riñones
 Cáncer Diabetes Asfixia frecuente Dificultad en masticar o en pasar alimento Obesidad

No Si

¿Después de comer tiene problemas digestivos? Si es así, describa:

No Si

Diarrea Vómito Acidez Dolor de estómago Otros (por favor describa): _____

¿Esta Usted usando drogas o alcohol excesivamente, y no comiendo?

No Si

¿Tiene Usted un trastorno de alimentación? Si es así, especifique: Anorexia Bulimia Comer en exceso

No Si

¿Sin querer, ha usted aumentado o perdido cinco libras en el mes pasado?

No Si

¿Su médico le prescribió una dieta modificada? ¿ *Si es así* especifique:

No Si

¿Tiene alergias a ciertas comidas? *Si es así*, especifique:

No Si

¿No puede comprar o cocinar los alimentos?

No Si

**** Si existe una respuesta "Sí" a cualquiera de los anteriores riesgos nutricionales, recomiendo una remisión. ****

Medicamento

¿Está usted tomando medicamento(s) recetado(s)? *Si es así*, complete la lista de medicamento adjuntada

No Si

Proporcione cualquier otra información médica que sea importante para su cuidado:

Firma del Cliente

Fecha

LISTA DE MEDICAMENTOS DE ADMISIÓN

CLIENTE: Haga una lista de los medicamentos prescritos por el médico. Fecha: _____

Medicación	Prescrito	Medicación	Prescrito

¿Toma medicamentos a base de hierbas(s)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí es así, indique:	

¿Toma medicamentos de venta libre (over-the-counter) más de dos veces a la semana?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Sí es así, indique:	

Firma del cliente: _____

Para Uso de Oficina Solamente:

Medication list verified by nurse:

To be completed only within 180 days from date above.

Date	Medication / Dose	Med Ed	Prescriber	Verified	Nurse Signature