Uso de oficina			
Nombre de cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

TEXOMA COMMUNITY CENTER
MENTAL HEALTH
Children & Adolescents

Horas de Operación- Lunes- Viernes 8:00 AM – 5:00 PM

Paquete de admisión de SM para niños y adolescentes

☐ PASO 1: Reúna todos los documentos en la página 2

☐PASO 2: SI no tiene ingresos llene la pagina 3 PASO

☐3:Complete el resto del paquete

Si necesita ayuda con el paquete, llame al 903-957-4701.
Solicite un intérprete si necesita ayuda con el idioma.

☐ PASO 4: Devuelve el paquete completado y la documentación requerida a tu clínica local sobre eso el día designado para la inscripción de acceso abierto de la clínica. Las inscripciones se realizarán en cada día designado hasta que se llenen todas los espacios de cita disponibles:

Condado de Cooke - Lunes
301 N. Grand Ave., Gainesville, 940-612-1389
Condado de Grayson - Martes y Miércoles
315 W. McLain Dr., Sherman, 903-957-4701
Condado de Fannin - Jueves
1221 E. 6th St., Bonham, 903-583-8583

Las citas de admisión generalmente están disponibles durante el horario comercial normal, excepto los días festivos. Las citas se programarán en función de la prioridad de la necesidad.

☐PASO 5: Cuando te inscribas en los servicios, se te asignará un manejador de caso que:

- sera su contacto principal en TCC
- trabajar con usted para hacer un plan para su recuperación, y
- mantendrá toda su documentación actualizada mientras esté en los servicios
- coordinar la programación de una cita con un prescriptor si se solicita

☐ PASO 6: Una vez completados todos los pasos de inscripción, estarás listo para comenzar los servicios
Línea de crisis de TCC – 24-horas al dia– 1-877-277-2226
Línea de crisis para personas con discapacidad auditiva 1-800-735-2989 (TDD/TT)

Uso de oficina			
Nombre de cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

Documentación Necesaria

Niños y adolescentes:

- **Información del seguro médico para el niño o la información del seguro médico de los padres SI el niño está cubierto por ese seguro** *(Medicaid, Medicare o seguro privado)*
- **Carta de denegación de Medicaid O Prueba de solicitud de Medicaid** *(yourtexasbenefits.com)*
- **Tarjeta de seguro Social**
- **Acta de Nacimiento del Niño**
- **Si los padres están divorciados, se requiere una copia del decreto de divorcio que designa los derechos de custodia**
- **Licencia de conducir de los padres o tarjeta de identificación estatal**
- **Prueba de residencia** *(factura de servicios públicos, contrato de alquiler, etc.)*
- **Comprobante de ingresos de los padres o tutores** *(traiga los que tenga)*
    - *Cuatro (4) talones de pago más recientes*
    - *Cartas de otorgamiento de SSI o SSDI*
    - *Documentación de jubilación que muestre los montos*
    - *Prueba de asistencia pública (cupones de alimentos, etc.)*
    - *W-2 o última declaración de impuestos*
    - *Página 3 de este paquete, si no tiene ingresos en este momento*
- **Se desean registros de salud mental** *(si tiene antecedentes de tratamiento)(registros de alta hospitalaria o cómo comunicarse con su médico anterior).*

Estado Financiero

Yo _____, estoy de acuerdo en que todas mis declaraciones a continuación
(nombre)
son verdad ☐SI ☐No

1) Tengo identificación; Licencia de conducir, identificación estatal, certificado de nacimiento o pasaporte:

2) Ahorita soy : ☐Desempleado ☐Empleado tiempo parciall ☐Empleado tiempo completo ☐Recibiendo Ingresos del Seguro Social/Discapacidad ☐Incapacidad pendiente

3) Hago o recibo: $_____ ☐al dia ☐semanal ☐ bisemanal ☐cada mes

4)Actualmente cuento con algún seguro de salud público, como Medicaid, o programas de seguro de salud privado: ☐Si ☐No En caso afirmativo, especifique;_____

5) Tengo lugar para vivir: ☐ Si ☐No

6)Actualmente resido en Dirección:_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

7) Vivo con : Nombre: _____ Telefono: _____

8) ¿Alguien le proporciona lo siguiente: renta, servicios públicos, pago del automóvil, seguro, alimentos, ropa, facturas médicas, gasolina, medicamentos, cigarrillos, cable, teléfono, cuotas de libertad condicional, etc.?

☐Si ☐No En caso afirmativo, haga que esa persona complete las preguntas 9-11 y firme como Soporte

9) Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

10) ¿Cuánto gasta en un mes para mantener a esta persona? ☐$1 to $50 ☐$51 to $100 ☐$101 to $200 ☐$201 to $300 ☐$301 to $400 ☐$401 mas

11) ¿Cambiará esto, y si es así, cuándo y por qué?

☐El solicitante no quiere o no puede proporcionar la documentación.

Su firma a continuación significa que acepta que su estado financiero es correcto.

Frima de Cliente: _____ Fecha: _____

Firma de ayudante: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Uso de oficina:			
Nombre de cliente:	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

TEXOMA COMMUNITY CENTER
MENTAL HEALTH Adults

DOCUMENTO DE REGISTRO Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRANSPORTE

El primer nombre del niño: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido:_____ Fecha de nacimiento:_____ # Seguridad Social_____ Estado civil:_____

Sexo: ☐ Masculin Seo ☐ Femenina ☐ Transgénero MtoF ☐ Transgénero FtoM Pronombres preferidos: _____

Considera usted ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana or Gay ☐ Bisexual ☐ Other: _____

Idioma Principal Hablado: _____ Idioma Hablado Secundario: _____

¿Pueden leer y escribir? ☐ Si ☐ No ¿Usted o su hijo necesitan un intérprete? ☐ Si ☐ No

Raza: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico ☐ Blanco

Origen hispano: ☐ No ☐ Si Afirmativo: ☐ Centroamericano ☐ Cubano ☐ Dominicano ☐ Mexicano ☐ Puertoriqueno ☐ Sudamericano

Tienen lugar para vivir? ☐ Si ☐ No

Dirección actual_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Su(s) número(s) de teléfono _____

Al proporcionar un número de teléfono y enviar este formulario, consientes ser contactado por SMS. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Responde STOP para optar por no enviar más mensajes. Responde AYUDA para más información. Consulta nuestra Política de Privacidad.

PERSONAS CON LAS QUE PUEDE QUERER QUE CONTACTEMOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE SU HIJO
(Tendrá que firmar un comunicado antes de que podamos compartir su información)

(Los menores DEBEN tener un tutor legal Y un contacto financieramente responsable)
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Nombre:	Relación con el niño:	Telefono:	Guardián Legal:	Contacto de Emergencia:	Financieramente Responsable:
_____	_____	_____	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿El nivel de grado más alto que ha completado el niño?_____ ¿Graduaron? ☐ Si ☐ No ☐ N/A GED? ☐ Si ☐ No ☐ N/A

¿Está el niño en la escuela en este momento? ☐ Si ☐ No ¿Su hijo esta trabajando? ☐ Si ☐ No

¿Está usted en el ejército? ☐ Si ☐ No ¿Qué rama?_____

Militar actual_____ ¿Qué campaña? _____

¿Es elegible para los beneficios de VA? ☐ Si ☐ No

Usas: ☐ silla de ruidas ☐ Caminanate ☐ Anteojos ☐ Contactos ☐ Audífonos ☐ Dentaduras postizas/parcial

Uso de oficina			
Nombre de cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

En caso de una emergencia médica o psiquiátrica, por la presente consiento y doy permiso a TEXOMA COMMUNITY CENTER o cualquiera de sus representantes a su sola discreción para llamar al 911, mi contacto de emergencia y/o mi médico de atención primaria.
Por la presente consiento y doy permiso a TEXOMA COMMUNITY CENTER o cualquiera de sus representantes cuando sea médicamente necesario para usar RCP, respiración boca a boca, compresiones abdominales y procedimientos de primeros auxilios. También doy mi permiso al personal de EMS para proporcionar todo el tratamiento médicamente necesario cuando se les llame en mi nombre.
Entiendo que TEXOMA COMMUNITY CENTER no será financieramente responsable por ningún tratamiento de emergencia que reciba.
Doy mi permiso para que el personal de TEXOMA COMMUNITY CENTER me transporte a mí, a mi hijo oa mi pupilo hacia y desde los programas de TCC y/o cualquier otro evento, programa, instalación o actividad comunitaria necesaria.

Firma de la persona que solicita los servicios o representante legalmente autorizado, tutor, o padre de un menor	Nombre en letra de imprenta	Fecha de hoy

Uso de oficina			
Nombre de Cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha :

Cuestionario Médico

Altura: _____ Peso: _____

Por favor enumere cualquier alergia a medicamentos:

Enumere cualquier alimento u otras alergias que tenga (alimentos, látex, etc.):

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

- ☐ **Si** ☐ **NO** **Artritis**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Asma/EPOC**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Trastornos hemorrágicos/coágulos de**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Sangre Parálisis cerebral Insuficiencia**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **cardíaca congestiva Diabetes**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **GERD/Reflujo ácido/Úlcera estomacal**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Gota**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Cardiopatía**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Colesterol alto**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Hipertensión/Presión Arterial Elevada**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Enfermedad Hepática**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Embarazada**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Trastorno convulsivo**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Discapacidad del hablar**
- ☐ **Si** ☐ **NO** **Disfunción de la tiroides**
- ☐ **Si** ☐ **NO**

Describa cualquier respuesta afirmativa de arriba:

Uso de oficina			
Nombre de cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

Medicamentos Actuales

Complete esta página O adjunte una lista de sus medicamentos actuales

Medicamentos recetados (nombre,potencia, dosis):	Prescrito por (médico, clínica u hospital):

Medicamentos de venta libre o vitaminas que toma regularmente:

Uso de oficina			
Nombre de cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

OTRO TRATAMIENTO

¿Su hijo tiene un médico primario? ☐ Si ☐ No (En caso afirmativo, enumere en la siguiente línea)

Doctor de atención primaria _____ Ubicación _____

¿Le gustaría dar su consentimiento para que TCC coordine la atención y se comunique con su médico de atención primaria sobre tratamiento y medicamentos? ☐ Si ☐ No

Si no tiene un médico primario, ¿le gustaría una derivación para un médico de atención primaria? Si ☐ No ☐

¿A quién vas a ver cuando estás enfermo? _____ Ubicación _____

Otro médico actual _____ Ubicación _____

Otro médico actual _____ Ubicación _____

Otro médico actual _____ Ubicación _____

Hospitalizaciones médicas recientes (fecha, lugar, motivo), proporcione el paquete de salida, si está disponible

Hospitalizaciones psiquiátricas recientes (fecha, lugar, motivo), proporcione el paquete de alta, si está disponibes?

¿Han sido tratado por algún trastorno de salud mental? ☐ Si ☐ No

Qué tipo de tratamiento, por favor incluyendo dónde y cuándo:

Por favor enurmera los diagnósticos de salud mental que ha recibido y la edad que tenía cuando los recibió

¿Su familia tiene problemas de salud mental? Por favor describa los:

Tratamiento reciente por consumo de alcohol o sustancias para pacientes hospitalizados (fecha, lugar, motivo), proporcione el paquete de salida, si está disponible

¿ Su hijo bebe alcohol? ☐ Si ☐ No En caso de si, ¿cuánto y con qué frecuencia?

Uso de oficina			
Nombre de cliente	# de Cliente	Medicaid #	Fecha:

Su hijo usa drogas ilícitas? ☐ Si ☐ No Es caso de si, ¿que tipo de drogas_____

¿Alguna vez ha sido tratado por el uso de alcohol, drogas ilícitas o ilegales? ☐ Si ☐ No

¿Qué tipo de tratamiento? incluyendo dónde y cuándo:

Por favor Describa cualquier uso anterior de alcohol o drogas ilícitas que le haya causado problemas a usted o a su familia

Firma de la persona que solicita los servicios o representante legalmente autorizado, tutor, o padre de un menor	Nombre en letra de imprenta	Fecha de hoy:

Nombre de cliente _____ Case #:_____ MDCD#:_____



Cuestionario de antecedentes de los padres

Por favor conteste las siguientes preguntas cuidadosa y completamente. Sus respuestas nos ayudarán a comprender a su hijo. El cuestionario será revisado con usted durante su primera cita de admisión.

Nombre del niño:_____ Fecha:_____

Apodo:_____ Edad:____ Fecha de nacimiento:_____

Nombre de los tutores legales: _____

Problemas y preocupaciones:

1. Enumere, en orden de urgencia, los problemas por los que busca ayuda para su hijo:

A. _____

B. _____

C. _____

D. _____

E. _____

2. ¿Qué edad tenía su hijo cuando empezó a notar estos problemas?

3. ¿Qué cambios espera que ocurran para mejorar el comportamiento de su hijo con el tratamiento?

4. ¿Puedes participar en el tratamiento de su hijo?_____

_____

Situación de familia:

1. Enumere todas las personas con las que este niño vive actualmente:

Nombre	Relación	Edad

Nombre de cliente _____ Case #:_____ MDCD#:_____

¿Otros hermanos o hermanas que no están en casa (biológicos, hermanastros y otros hermanos)?

Nombre	Edad	Relación

Información sobre todos los padres (incluidos los padrastros y otras figuras paternas)

Nombre	Edad	Educación	Ocupación	¿Con qué frecuencia los ves?

Información sobre embarazo y parto:

1. ¿El bebé nació a término? _____ Si no, ¿cuántas semanas antes de tiempo?_____ ¿Peso al nacer? _____
2. ¿Duración de la estadía en el hospital de la madre?_____ ¿Duración de la estadía en el hospital del niño?_____
3. ¿Experimentó la madre alguna de las siguientes dificultades durante el embarazo?

___ Sarampión
___ Gripa, infecciones, fiebre alta
___ Diabetes
___ Manchado o sangrado
___ uso o abuso de alcohol/sustancias. Especifique _____
___ náuseas/vómitos frecuentes
___ hinchazón o toxemia
___ hipertensión arterial
___ enfermedad venérea
___ otras dificultades. Por favor explica_____

¿Alguno de los siguientes estuvo presente durante o poco después del parto? (Marque todo lo que corresponda)

____ Se durmió a la madre
____ Se realizó una cesárea
____ Instrumentos utilizados para ad ministrar
____ Factor Rh presente
____ Presentación de nalgas durante el embarazo
____ nacido con cordón alrededor del cuello
____ Se colocó al bebé en una incubadora. ¿Por cuánto tiempo? _____
____ otros problemas médicos al nacer (describa):
____ bebé tenía ictericia
____ el bebé me aspiró conio (desechos respirados)
____ el bebé necesitaba oxígeno
____ el bebé tenía problemas para succionar
____ el bebé tenía problemas para retener la comida
____ el bebé estaba azul

Nombre de cliente _____ Case #:_____ MDCD#:_____

Historia clínica/del desarrollo

1. ¿Ocurrió algo de lo siguiente durante la infancia? (Marque todo lo que corresponda)

___ Problemas para dormir
___ frecuentemente irritable o con cólicos
___ dificultad para respirar
___ problemas para comer o aumentar de peso 2.
___ convulsiones o ataques
___ diarrea excesiva o deshidratación
___ la madre estaba deprimida o ansiosa

Calcule la edad a la que ocurrió lo siguiente:

_____ se sentó sin apoyo
_____ dio los primeros pasos
_____ caminó solo
_____ habló la primera palabra
_____ habló en frases u oraciones de 2 a 3 palabras
_____ nombre impreso
_____ aprendió a usar el baño – vejiga (día)
_____ aprendió a usar el baño – vejiga (noche)
_____ aprendió a usar el baño – intestino (día)
_____ aprendió a usar el baño – intestino (noche)
_____ reconoció el alfabeto
_____ montó en bicicleta

3. ¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave, lesiones, hospitalizaciones o accidentes?

Tipo Edad

_____
_____
_____
_____

4. Escriba las edades (en años) en que su hijo tuvo alguna de las siguientes enfermedades (desde el comienzo de la enfermedad hasta el final):

___ Alergias
___ asma
___ Transfusión de sangre
___ convulsiones/ataques
___ anemia u otro trastorno de la sangre (SIDA/ETS)
___ diabetes
___ problemas del corazón
___ fiebre alta
___ meningitis/encefalitis
___ neumonía
___ cólico prolongado
___ amigdalitis
___ infecciones de oído frecuentes
___ tumor o cáncer

___ Heridas en la cabeza. En caso afirmativo, ¿fue hospitalizado su hijo? ___ En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo permaneció su hijo en el hospital?_____ ¿Hubo pérdida del conocimiento (en caso afirmativo, cuánto tiempo)? _____ Otro (por favor explique)_____

5. Los médicos de mi hijo son: _____
6. ¿Las vacunas están al día? _____ ¿Fecha del último tétanos?_____

Nombre de cliente _____ Case #:_____ MDCD#:_____

7. Enumere todos los medicamentos que toma su hijo:

Nombre de medicamento	Dosis	Cuando se toma	Razón	Prescrito por

¿Han sido útiles estos medicamentos para tratar los síntomas de su hijo?

8. Describa cualquier problema que su hijo haya tenido en las siguientes áreas:
Edad del último examen
Visión_____

Audición_____

Habla_____

9. Describa los hábitos alimenticios de su hijo. (Tenga en cuenta cualquier problema en esta área).

10. Describa los hábitos de sueño de su hijo. (Anotar cualquier problema para ir a dormir, dormir solo, despertares nocturnos, la duración del sueño, pesadillas, sonambulismo, etc.)

11. Describa los arreglos para dormir de su hijo.

Informacion de la Escuela

1. Grado actual_____ Escuela_____ Distrito_____

Maestros actuales_____

2. ¿Ha repetido alguna vez su hijo un grado?_____ En caso afirmativo, ¿qué grado y cuál fue la razón?
_____

Nombre de cliente _____ Case #:_____ MDCD#:_____

3. ¿Recibe su hijo servicios de educación especial?_____ En caso afirmativo, ¿en qué grado comenzó a recibir estos servicios su hijo?_____ ¿Qué tipo de servicios de educación especial recibe su hijo?

4. Enumere todas las escuelas a las que ha asistido su hijo.

Edad	Escolar/grado

_____ _____

Firma del tutor legal Fecha

Nombre de cliente :_____ Case #:_____ MDCD#:_____Fecha:_____

TEXOMA COMMUNITY CENTER (TCC) ACUERDO DE INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Su relación con el Centro y sus representantes es profesional y terapéutica. Para preservar esta relación, es imperativo que el Centro o sus representantes no tengan ningún otro tipo de relación con usted y/o su familia. Las relaciones personales y/o comerciales socavan la eficacia de la relación terapéutica. El Centro y sus representantes se preocupan por ayudarlo y no están en condiciones de iniciar amistad con usted y/o los miembros de su familia, o tener una relación social, comercial o personal con usted y/o sus familiares. Los obsequios, el trueque y los servicios comerciales entre usted o su familia y el Centro no son apropiados.

CITAS/CANCELACIONES

Lo atenderán lo más cerca posible de la hora de su cita, pero una cita asegura un lugar en el horario. El tiempo visto se basa en el horario, emergencias, consultas, etc. Llegar tarde a una cita puede causar que se cancele su lugar en el horario. Las cancelaciones deben recibirse al menos 24 horas antes de la cita programada. Usted es responsable de llamar para cancelar o reprogramar la cita. Además, tenga en cuenta que si va a llegar más de 15 minutos tarde a una cita, es posible que deba reprogramarla o esperar a que no se presente más tarde ese día, como cortesía para aquellos que han sido programados después de usted.

CONSENTIMIENTOS Y INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA SEGURIDAD

• - Los niños no pueden estar desatendidos por el representante legalmente autorizado en ninguna instalación del Centro Comunitario de Texoma. Si un niño está desatendido, el Centro está obligado a reportar la conducta al Departamento de Servicios Familiares y de Protección de Texas.

- El personal del Centro puede negarse a ver a cualquiera que se presente a una sesión bajo la influencia de drogas ilícitas y/o alcohol.
- Solo se permite fumar en las áreas designadas y durante las actividades solo en los horarios designados. Nunca se permite fumar dentro del área o de cualquiera de los vehículos.
- Respetar la propiedad y los derechos de los demás. La propiedad incluye el edificio de Servicios de Salud Mental, todo el contenido del edificio/terrenos y los vehículos del Centro. Los derechos de los demás incluyen a los compañeros, el personal y la comunidad.
- No se aceptan llamadas entrantes de consumidores para proteger la confidencialidad. Las llamadas telefónicas personales se limitarán a 3 minutos. No escuche intencionalmente las llamadas de los demás. Respeta su privacidad.
- Cualquier conducta inapropiada que incluya, entre otros, violencia, amenazas, maldiciones, gritos, agresión física o uso de drogas ilícitas y/o intoxicación por alcohol por parte de los consumidores o las personas que los acompañen puede ser denunciada a la policía y dará lugar a la terminación de la cita
- En el caso de que el personal del Centro crea razonablemente que usted y/o su(s) familiar(es) o amigo(s) son un peligro, física o emocionalmente, para ellos mismos o para cualquier otra persona, TCC puede comunicarse con el personal médico y policial, incluidos, entre otros, sin limitarse a: un hospital general, la sala de emergencias local, un hospital psiquiátrico, los tribunales, un juez, agencias de protección (Servicios de Protección de Niños o Servicios de Protección de Adultos), médico de atención primaria, policía, servicio médico de emergencia (ambulancia) y /o 911.

INFORMACIÓN PARA PERSONAS TRANSPORTADAS POR PERSONAL DEL CENTRO

• No pida al personal que lo lleve a un lugar que no haya sido aprobado previamente. Solo se autorizará el transporte para transportar consumidores a citas médicas. El supervisor de transporte o el administrador del programa deben aprobar cualquier excepción.
• No comer ni beber en las camionetas, vehículos o áreas alfombradas de Salud Mental. No se debe dejar basura en las camionetas, vehículos o propiedad de TCC. TCC no es responsable por artículos personales perdidos.
• Si las condiciones climáticas provocan condiciones viales inseguras, se cancelarán las actividades de capacitación y el transporte.
• Durante el transporte, debe permanecer en su asiento y mantener el cinturón de seguridad abrochado hasta que la camioneta o el vehículo se detenga por completo. No distraiga al conductor mientras se transporta. Cualquier violación de las normas de seguridad en la furgoneta o en los coches del Centro dará lugar a un informe de incidente por escrito. Si ocurren violaciones continuas o el consumidor
• Se niega a cumplir con las normas de seguridad, el consumidor puede ser suspendido de ser transportado por el personal de SM.

Nombre de cliente :_____ Case #:_____ MDCD#:_____ Date:_____

INFORMACIÓN RELATIVA A LAS PERSONAS QUE PARTICIPAN EN LA CAPACITACIÓN EN HABILIDADES EN GRUPO

• - Se espera que los asistentes al Entrenamiento de Habilidades Grupales se queden hasta que terminen las horas publicadas, a menos que haya una emergencia. Si abandona la Capacitación de habilidades grupales, deberá informar al personal de Capacitación de habilidades. Si se va en contra del consejo del personal, se presentará un informe de incidente y puede estar en peligro de suspensión.
- Se espera que permanezca despierto durante las actividades de Entrenamiento de Habilidades.
- Mientras asiste a las actividades en TCC, debe limpiar todas las áreas.

TCC desaconseja pedir prestado, prestar o dar dinero u otros artículos (como cigarrillos) en cualquier momento. Cuando todos aporten dinero para una comida grupal o salgan a comer, puede optar por traer su propia comida. No pidas comida ni dinero a los demás.

- Si está enfermo o tiene síntomas parecidos a los de un resfriado/gripe, no venga al Entrenamiento de Habilidades Grupales. Si ha estado enfermo durante un tiempo prolongado o en el hospital, necesitará una autorización de su médico para volver al Entrenamiento de Habilidades Grupales. Si el hospital era el Centro de Salud del Comportamiento o el Hospital Estatal del Norte de Texas, deberá asistir a su cita de atención posterior con su administrador de casos antes de regresar.

• - Se espera que use vestimenta modesta con toda la ropa interior para las actividades de Entrenamiento de Habilidades. Ejemplos de ropa inapropiada son faldas cortas, vestidos cortos o pantalones cortos; ropa ajustada o transparente; y ropa que generalmente es ofensiva para los demás. Esto se aplica a hombres y mujeres.

- Se mantendrá una higiene adecuada mientras participe en actividades o programas de Capacitación en Habilidades. Báñese diariamente antes de venir al programa. Los olores corporales ofensivos pueden ser motivo para retirarlo del entrenamiento de habilidades del día. El personal de salud mental puede negarse a transportar a los consumidores con olor corporal desagradable.

EMERGENCIAS FUERA DE HORAS

Las emergencias son problemas urgentes que requieren una acción inmediata. Fuera del horario de atención, las personas que llamen se comunicarán con un servicio de contestador automático; el trabajador de guardia devolverá la llamada tan pronto como sea posible para proporcionar servicios de intervención de crisis. Un profesional de salud mental calificado (QMHP, por sus siglas en inglés) está de guardia cuando las oficinas del Centro están cerradas, y se le puede contactar las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana al siguiente número:

1-877-277-2226

Para los consumidores que tienen una discapacidad auditiva y necesitan acceso a los servicios de crisis fuera del horario de atención, primero deben comunicarse con Relay Texas para facilitar la comunicación entre el consumidor y el servicio de contestador al: 1-800-735-2989 (TDD/TT). El personal de guardia devolverá la llamada a la persona usando Relay Texas para facilitar la comunicación.

CRITERIOS PARA SALIR

La salida de los Servicios de Salud Mental puede ocurrir por cualquiera de las siguientes razones:

• Usted y el personal del programa acuerdan mutuamente la terminación de los servicios.
• Se muda fuera de los condados de Grayson, Fannin o Cooke.
• Logra los resultados del Plan de Atención.
• Ya no cumple con los criterios para los servicios, o los servicios ya no son médicamente necesarios.
• No responde al tratamiento y no está dispuesto a participar en su tratamiento; mientras que la continuación de los servicios podría interpretarse como fraude, violación de sus derechos o condiciones inseguras para el personal.
• No cumple con las citas. El incumplimiento se define como dos cancelaciones consecutivas, o cuatro cancelaciones dentro de los 90 días, o dos ausencias dentro de los 90 días. Las cancelaciones pueden justificarse médicamente. No se aceptan excusas por no presentarse.
• Si el personal de Salud Mental asignado no ha podido comunicarse con usted o saber de usted dentro de los 30 días.
• Se espera que siga las Pautas de servicios de salud mental. El comportamiento disruptivo no será tolerado por la seguridad de otros consumidores. Después de hacer un esfuerzo razonable para corregir la conducta inapropiada, es posible que lo retiren del programa por ese día y posiblemente lo suspendan hasta que el equipo de tratamiento revise la situación o suspendan los servicios.

Tienes el derecho a apelar una denegación, terminación o suspensión de servicios. Para apelar esta decisión, comuníquese con el Oficial de Derechos Humanos: (903) 957-4874

Nombre de cliente :_____ Case #:_____ MDCD#:_____ Fecha:_____

INFORMACIÓN DEL ACUERDO DE TRATAMIENTO

- Acepto que participaré en la planificación, atención, valoración, evaluación, tratamiento u otros servicios que se consideren médicamente necesarios y aconsejables.
- Entiendo que los resultados de los servicios, incluidos la valoración, la evaluación, el tratamiento u otro servicio, no se pueden garantizar como resultado o curación y los resultados de dichos servicios dependen en gran medida de mi participación.
- Entiendo y acepto seguir las recomendaciones de tratamiento de TCC y sus representantes una vez que hayan sido acordadas con TCC, sus representantes y conmigo.
- Entiendo que puedo negarme a recibir tratamiento, o cualquier parte del tratamiento, en TCC. También entiendo que el uso de drogas ilícitas y/o alcohol puede ser peligroso para las personas que reciben medicamentos y, en consecuencia, el médico puede negarse a recetar para yo en tales circunstancias. Además, entiendo que se me puede pedir que me haga una prueba de drogas y que los resultados consistentes con el abuso o mal uso de drogas ilícitas o alcohol pueden ser motivo para la denegación de medicamentos.
- Si los servicios para mi familiar o para mí incluyen medicamentos, entiendo que debo tomar los medicamentos tal como los recetó el médico. Entiendo que no debo aumentar, disminuir, suspender o alterar de otro modo los medicamentos sin el consentimiento del médico que los recetó.
- Entiendo que debo notificar a TCC o a sus representantes por lo menos con una semana de anticipación si mi(s) familiar(es) está(n) en servicios o si necesito un resurtido(s) del medicamento(s) recetado(s) por el(los) médico(s) de TCC. Entiendo que si no notifico esto a TCC oa sus representantes, es posible que me quede sin medicamentos por un breve período de tiempo.
- Entiendo que debo notificar a TCC o a sus representantes si quedo embarazada, si los síntomas empeoran, si hay otras inquietudes, como efectos secundarios, si se experimentan ideas, intenciones o planes suicidas u homicidas, si decido buscar tratamiento en otro lugar, o si no estoy satisfecho con los servicios recibidos de TCC.
- Entiendo que si pierdo dos citas seguidas con el Dr. programadas, es posible que tenga que quedarme sin mis medicamentos hasta que pueda volver a ver al Dr.
- Entiendo que si tengo Medicaid, por lo general tendré que ver al Dr. antes de poder obtener una receta para un suministro de medicamentos para 90 días.
- Doy mi consentimiento específicamente para que el Centro y sus representantes se comuniquen conmigo por teléfono y/o correo, incluso dejar un mensaje a través de un contestador automático o correo de voz.
- Entiendo que puedo llevar a un miembro de la familia a mi cita con el Dr. o a la cita de planificación del tratamiento si creo que sería útil, o si el personal del Centro recomienda tal acción, y yo (o su LAR) estoy dispuesto a firmar autorizaciones de información para esas personas, siempre y cuando su presencia no interrumpa mi tratamiento.
- Entiendo que el comportamiento inapropiado de mi parte o de mi amigo o miembro de la familia que asiste a mi cita, como amenazas, maldiciones u otros comportamientos que puedan interpretarse como irrespetuosos y hostiles hacia el personal que no se deban a una enfermedad mental, resultarán en la terminación inmediata. de la cita, y si es necesario contactar a la policía.

Al firmar a continuación, certifico que entiendo y acepto la información anterior que se me presentó. Se me ha dado amplia oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier información que no me quede clara. ***Me han ofrecido una copia de este documento.***

Firma del Consumidor o LAR	Consumidor / LAR Nombre impreso	Fecha
Firma del personal	Nombre impreso del personal/Credenciales o Título	Fecha

Comentatios:

Nivel de Cuidado Reconocimiento de Consentimiento

Después de inscribirse en los servicios de Salud Mental en el Centro Comunitario Texoma, una persona será inscrita en un Paquete de Servicio de Nivel de Atención (LOC). A continuación se presentan los servicios principales incluidos para cada nivel de atención.

Servicios de Salud Mental para Adultos (Hay servicios adicionales disponibles)

- LOC-1S: manejo farmacológico, capacitación en habilidades y manejo rutinario de casos (1.3-2.25 horas mensuales)
- LOC-2: manejo farmacológico; manejo rutinario del caso; consejería (3.25-5.5 horas mensuales) (diagnóstico solo de TDM)
- LOC-3: manejo farmacológico; rehabilitación psicosocial individual o grupal; vivienda con apoyo (5.87-20.35 horas mensuales)
- LOC-4: manejo farmacológico; rehabilitación psicosocial individual o grupal; vivienda con apoyo o empleo apoyado según sea necesario (10-26.65 horas mensuales)
- LOC-EO: Psicosis de inicio temprano: servicios de rehabilitación psicosocial individual o grupal: servicios de empleo y educación apoyados; apoyo entre pares; pareja familiar según sea necesario (7.5-20.35 horas mensuales)

Para información adicional, definiciones y aclaraciones sobre los Niveles de Atención, consulte la Guía de Amigos y Familiares sobre Salud Mental en Adultos incluida con el paquete informativo.

Servicios para Niños y Adolescentes (Hay servicios adicionales disponibles)

- LOC-1: manejo de medicamentos
- LOC-2: gestión rutinaria de casos; capacitación en habilidades O consejería
- LOC-3: gestión rutinaria de casos; capacitación en habilidades y consejería
- LOC-4: Gestión intensiva de casos, apoyo a la pareja familiar, capacitación en habilidades y consejería
- Exención SÍ: Gestión intensiva de casos, gestión rutinaria de casos, capacitación en habilidades, consejería, capacitación y apoyo en medicamentos, y manejo farmacológico
- LOC-YC: niño pequeño: manejo rutinario de casos, capacitación en habilidades, consejería
- LOC-EO: Psicosis de inicio temprano: servicios de rehabilitación psicosocial individual o grupal: servicios de empleo y educación apoyados; apoyo entre pares; pareja familiar según sea necesario

Para información adicional, definiciones y aclaraciones sobre los Niveles de Atención, consulta la Guía Familiar: Servicios de Salud Mental para Niños incluida con el paquete informativo.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entendido la información anterior que se me presentó. Se me ha dado amplia oportunidad de hacer preguntas sobre cualquier información que no me sea clara. Entiendo que esto también será revisado cada vez que se realice una evaluación de necesidades (ANSA o CANS).

_____ _____

Firma de consumidor o LAR Fecha

_____ _____

Firma del personal Fecha

Nombre: _____ _____ MDCD #: _____

TEXOMA COMMUNITY CENTER

FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE DOCUMENTOS

Fecha _____

Coloque sus iniciales al lado de cada documento que haya firmado y/o recibido una copia y explicación. Si el documento enumerado no se aplica a usted, escriba N/A en el espacio en blanco.

Aviso de prácticas de privacidad (solo inicialmente, excepto si se producen cambios)

Folleto de cargos por servicios comunitarios

Acuerdo de Tratamiento y Formulario de Información del Centro (Original para ser archivado en el cuadro)

Libro de derechos

Al firmar este formulario, yo (el consumidor, niño, adolescente, padre y/o representante legalmente autorizado que suscribe) reconozco y certifico que se me ha entregado una copia de cada documento mencionado en el que he colocado mis iniciales, enumerados anteriormente. Además, certifico que he leído o me han leído cada documento en mi idioma principal y que entiendo los términos y la información que contiene. Se me ha ofrecido una amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaración de cualquier cosa que no me quede clara.

Firma del Consumidor o LAR _____ Consumidor / LAR Nombre impreso _____ Fecha _____

Firma de LAR (Si aplica) _____ LAR Nombre impreso y relación con el Consumidor _____ Fecha _____

Al firmar a continuación, certifico que yo, y el representante del Centro Comunitario de Texoma, hemos explicado y proporcionado una copia de los documentos mencionados anteriormente al consumidor y/o LAR.

Firma del personal _____ Personal Nombre Impreso y Credenciales/Título _____ Fecha _____

Nombre: _____ Case #:_____ MDCD#:_____

TEXOMA COMMUNITY CENTER

Consentimiento para el modo de contacto

Nos complace brindarles a las personas atendidas varias opciones con respecto a cómo pueden contactarlo con respecto a los servicios. Las personas en nuestros servicios pueden ser contactadas por correo electrónico, mensaje de texto, teléfono, correo de voz y correo regular. Háganos saber cómo podemos contactarlo con respecto a recordatorios de citas, comunicaciones de atención médica y cualquier otra información relevante del Centro.

Yo doy consentimiento para que el personal y/o los contratistas del Centro Comunitario de Texoma (TCC) se comuniquen conmigo para recordarme citas, obtener comentarios sobre mi experiencia con nuestros servicios y proporcionar recordatorios e información de atención médica general.

Escriba sus iniciales en cada uno de los siguientes que correspondan:

_____ **Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de TCC el número a continuación.**

_____ **Doy mi consentimiento para recibir mensajes de voz de TCC el (los) número(s) a continuación.**

_____ **Doy mi consentimiento para recibir correo electrónico de TCC en la dirección de correo electrónico a continuación.**

_____ **Doy mi consentimiento para recibir cartas de TCC en mi dirección registrada.**

Por favor proporciónenos la siguiente información para poder contactarlo:

Teléfono de casa: _____ Teléfono : _____

Al proporcionar un número de teléfono y enviar este formulario, consientes ser contactado por SMS. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Responde STOP para optar por no enviar más mensajes. Responde AYUDA para más información. Consulta nuestra Política de Privacidad.

Dirección de correo electrónico: _____

Consentimiento para Servicios de Telemedicina y Telesalud

Para aumentar la disponibilidad y el acceso a los Servicios del Centro Comunitario de Texoma, los servicios de telesalud ahora están disponibles según corresponda.

_____ **Doy mi consentimiento para recibir servicios de telesalud/telemedicina con el fin de evaluar y tratar mis necesidades de salud física o conductual.**

- **Entiendo que este consentimiento permanece vigente a menos que solicite un cambio o revoque este consentimiento por escrito.**
- **Entiendo que el registro de la correspondencia y los servicios prestados se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por el Centro Comunitario de Texoma.**
- **Entiendo que la correspondencia electrónica no es apropiada para emergencias o asuntos urgentes.**
- **Entiendo que no debo comunicar información personal o altamente confidencial por correo electrónico y que cualquier correo electrónico del Centro que incluya PHI será encriptado.**
- **Entiendo que TCC no puede garantizar la seguridad y privacidad de las comunicaciones electrónicas.**
- **Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante al proveedor de TCC o a sus agentes que sea necesaria para llevar a cabo estos servicios.**

_____

Firma del Individuo/LAR **Fecha**

_____

Firma del Testigo del Personal **Fecha**

Por la presente se revoca su autorización a mi solicitud

_____

Firma del Individuo/LAR **Fecha**

_____

Firma del Testigo del Personal **Fecha**

Nombre: _____ _____ MDCD #: _____

TEXOMA COMMUNITY CENTER

Revisión de sus derechos En programas de autoridades locales

Fecha: _____

Mi firma a continuación muestra que las siguientes afirmaciones son verdaderas:

- Recibí una explicación verbal de mis derechos como persona que recibe servicios del Centro Comunitario de Texoma
- Me han entregado una copia del folleto de derechos y me han explicado su contenido.
- Entiendo que tengo derecho a participar o rechazar el tratamiento.
- Entiendo mis derechos y sé que puedo hacer preguntas sobre mis derechos si quiero.

Firma del cliente	Nombre del cliente en letra	Fecha
Firma del padre/tutor/LAR	Nombre impreso del padre/tutor/LAR y relación con el cliente	Fecha
Firma del personal que explicó los derechos	Personal Nombre Impreso y Credenciales/Título	Fecha
Firma de testigo de terceros (si corresponde)	Nombre impreso del testigo de terceros	Fecha

Comentarios: