

## Hoja de información de admisión para el Centro Catolico de Familia

Fecha actual: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_, Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

¿Ha estado aquí antes con otro nombre? \_\_\_\_\_

¿Qué te trajo aquí hoy? \_\_\_\_\_

¿Alguien te refirió? Sí No quién? \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro médico? Sí No # de Identificación \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso mensual aproximado? \_\_\_\_\_

**Tipo:** Aetna Blue Cross/Blue Shield Family Health Plus / Child Health Plus

Medicaid United Health Care Blue Choice Option otro : \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibes o has solicitado recientemente para asistencia de DHHS? Sí No

¿Tienes un requisito legal que exige tratamiento? Sí No

Si es así, ¿qué tipo de? Libertad condicional (Probation- Probatoria)\_\_\_\_, Libertad condicional (Parole)\_\_\_\_, Libertad antes de juicio (Pre-Trial) \_\_\_\_\_ DWI \_\_\_ otras: \_\_\_\_\_

¿Has estado en tratamiento de Salud Mental anteriormente? Sí No

¿Has estado en Tratamiento de Dependencia Química anteriormente? Sí No

Si es sí a cualquiera de las preguntas antes mencionadas, has participado anteriormente en un tratamiento en CFC? Sí No

¿En caso de afirmativo, cuando? \_\_\_\_\_

¿Tienes algunas preocupaciones o necesidades inmediatas? Sí No

En caso de afirmativo, por favor, circule las que apliquen:

Pensamientos de hacerte daño

Pensamientos de hacerles daño a otros

Síntomas activos de retirada

Estas sin hogar / falta de vivienda

Necesidad de medicamentos otro: \_\_\_\_\_



87 North Clinton Avenue, Rochester, New York 14604  
**Privacy Officer:** Jessica DeAugustine **Phone:** (585) 546-7220 x7152

## APÉNDICE A COMUNICACION SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

*La siguiente comunicación detalla la política de privacidad de Catholic Family Center (CFC) así como los derechos de privacidad de los clientes a los cuales servimos. En la presente se describe como se podrá utilizar y compartir su información personal y de qué forma usted podrá acceder a la misma.*

*La ley de Portabilidad y Responsabilidad del Manejo de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), no cambia el modo en el que usted recibe los servicios de CFC, ni los derechos de privacidad que usted posee bajo el amparo de otras leyes federales y estatales. Esta Ley de Privacidad simplemente añade algunos detalles acerca de cómo usted puede ejercer sus derechos.*

### **FAVOR LEER DETALLADAMENTE LA PRESENTE COMUNICACIÓN.**

La presente comunicación estará vigente a partir del 23 de Septiembre del 2013.

#### **Nuestro compromiso de Privacidad para con Usted:**

CFC le ofrece un sinnúmero de servicios. Entendemos que su información y la de su familia es personal. Estamos comprometidos en proteger su privacidad y compartir su información solo con aquellos que deban conocerla y que estén autorizados a verla para poderle proveer servicios de calidad. Por Ley, CFC está obligada a asegurar la privacidad de su información médica así como de informarle a usted de los deberes legales y prácticas de privacidad de la compañía con respecto a su información médica. La presente le explica como CFC utiliza y comparte su información personal, además describe los derechos y las responsabilidades de CFC sobre su información personal. Al referirnos a **Usted** en la presente también nos referimos a su representante personal. En dependencia de las circunstancias y de acuerdo a las leyes estatales, este puede ser su guardián, la persona responsable de su salud, o ya sea uno de sus padres, cónyuge, o familiar adulto involucrados.

De tener alguna duda sobre esta comunicación o si desease mayor información sobre las prácticas de privacidad, por favor contactar a:

*Jessica DeAugustine, Privacy Officer  
87 North Clinton Avenue, Rochester, New York 14604  
Phone: (585) 546-7220 x7152*

#### **¿Quiénes deberán acatar la presente Comunicación?:**

Todos los que trabajan para CFC deberán acatar la presente. Esto incluye empleados, terceros a los que CFC contrate y que estén autorizados a ingresar información en sus registros, o que necesiten revisar su historia clínica para prestarle algún servicio, así como voluntarios a los que CFC autorice para que le asistan.

**¿Qué información se protege?:**

Se considera información protegida toda la información que generemos o que poseamos relacionada con su salud, cuidado y/o tratamientos, la que incluye pero no se limita a su nombre, fecha de nacimiento, número del seguro social, información médica, servicios o planes de tratamiento, o cualquier otra información (incluyendo imágenes o fotografías) sobre su cuidado en nuestros programas.

En la presente nos referimos a Información Protegida como Información Médica Protegida (IMP) (PHI por sus siglas en Inglés). Nosotros creamos y recopilamos su información personal además guardamos registro de tratamientos y servicios que Usted reciba a través de nuestra agencia. Dicha información se guarda en registros, ya sea en forma de documentos de papel o en un computador. En la presente nos referimos a la Información que creamos, recopilamos, o guardamos como Historia Clínica.

**Derechos de su Información Médica:**

A menos que así lo exija la ley, su Historia Clínica., es propiedad física de CFC, sin embargo la información que en esta se encuentra le pertenece a Usted, y tiene el derecho que la misma se mantenga totalmente confidencial. Usted posee los siguientes derechos respecto a su IMP (PHI)

- Usted tiene el derecho a ver o inspeccionar su IMP y obtener una copia de dicha información. Aplicarán algunas excepciones, tales como el caso de que la IMP haya sido compilada para ser utilizada en la corte o proceso administrativos. NOTA: CFC le requerirá que usted haga una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. Usted podrá solicitar dichas copias en formato de papel, o electrónico ya sea en CD, dispositivos portables o memorias. En algunos casos se podrán aplicar cargos por dichas copias.
- En caso que neguemos su petición de acceder a su Historia Clínica., usted tendrá el derecho de revisar dicha negación. El presidente Ejecutivo (*CEO, por sus siglas en inglés*) asignará un profesional médico para que revise sus registros y decida si usted puede acceder a los mismos o no.
- Usted tiene el derecho de pedirle a CFC que cambie o corrija cualquier información que Usted considere incorrecta o incompleta. En algunos casos podríamos negar su petición, por ejemplo en el caso que su Historia Clínica. no haya sido creados por CFC o luego de que hayamos revisado su solicitud consideramos que los registros están completos o correctos.
- Usted tiene derecho de solicitar un listado de las veces en que su IMP ha sido compartido. Sin embargo, este puede no incluya algunas instancias, tales como en los casos en los que se compartió para algún tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de su salud, u ocasiones en las que ya se le brindó la información a Usted o a otros con su permiso.
- Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de la distribución o del uso de su información médica personal relacionada con tratamientos médicos, pagos, operaciones relacionadas con el cuidado de su salud, así como el no incluir a familiares. Sin embargo CFC no está obligada a concordar con su solicitud. En caso de que usted haya pagado el servicio completamente de su bolsillo, Usted tiene el derecho de limitar la distribución de su información con las compañías de seguros.
- Se le notificará en caso de que exista un fuga de IMP insegura en la que aparezca información personal suya, estamos obligados por las leyes federales de notificarle de ser el caso.
- En caso que desee acceder a su información clínica o desee ejercer algunos de los derechos aquí estipulados, por favor contactar a:

*Jessica DeAugustine, Privacy Officer  
87 North Clinton Avenue, Rochester, New York 14604  
Phone: (585) 546-7220 x7152*

Usted deberá realizar solicitud por escrito al Oficial de Privacidad

***NOTA:** Existen otras regulaciones las que podrían restringir el acceso a información relacionada con VIH/SIDA y registros de información protegida por leyes federales ya sea de educación o de drogas y alcohol. Refiérase a algunos formularios de autorizaciones especiales los que especificarán que y cuando cierta información podrá ser compartida, o simplemente contacte al Oficial de Privacidad.*

### **Nuestras responsabilidades para con Usted:**

Nosotros estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información según estipulan las leyes federales y estatales.
- Entregarle la presente Comunicación la que especifica como protegeremos la privacidad de su información.
- Informarle en caso de que no seamos capaces de limitar el uso o distribución de la información de ser requerido por Usted.
- Contactar con usted a través de medios especiales de comunicación o en otros lugares.
- Obtener su autorización por escrito para utilizar o compartir su información personal en los casos antes expuestas en la presente.
- Tenemos el derecho de modificar nuestras políticas de práctica de privacidad con respecto a la información que poseemos. De ser el caso, se lo informaremos. Las notificaciones de cambios en la política de prácticas privacidad serán publicadas en nuestra página web: [www.cfrochester.org](http://www.cfrochester.org).

### **Como la Organización utiliza y comparte su Información Médica Personal**

CFC podrá utilizar y compartir su información personal sin su previa autorización en los casos descritos más abajo. En cada una de las categorías a continuación mencionadas, le explicamos que queremos decir y le pondremos un ejemplo. No se describirán todos los casos de utilización o compartición de la información, sin embargo, estos sí se ajustarán a cada una de las siguientes categorías.

- **Tratamiento:** CFC utilizará su información para proveerle servicios y tratamientos. Podremos compartir su información personal con doctores, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, así como otros trabajadores de CFC, voluntarios, o internos los que en su conjunto estén involucrados en brindarle nuestros servicios. Por ejemplo, el personal involucrado podrá debatir su información personal para desarrollar y llevar a cabo su tratamiento o plan de servicios, a la vez, otros trabajadores de CFC podrían acceder a su información personal para coordinar diferentes servicios que usted pudiese necesitar, tales como exámenes médicos, servicios de cuidados, transportación, etc. Existe el caso que debamos compartir su información personal con otros proveedores externos responsables de brindarle algún servicio.
- **Pagos:** CFC utilizará su información para poderle facturar y cobrar ya sea a Usted, a terceras partes, a compañías de seguro, Medicare o Medicaid, u otras agencias del gobierno. Por ejemplo, es posible que debamos compartir con su compañía de seguro médico, información sobre los servicios que usted recibió en nuestra agencia con el objetivo q ellos nos paguen por dichos servicios brindados por CFC. Además es posible que debamos compartir su información personal para recibir aprobación previa de pago por servicios que usted pudiese necesitar.
- **Operaciones para el cuidado de la Salud:** CFC utilizará la información clínica para operaciones administrativas. Dichos usos y comparticiones de información son necesarios para operar los programas de CFC, y para asegurarnos que cada individuo reciba los cuidados apropiados y con calidad. Por ejemplo, pudiésemos utilizar su información para la mejora de la calidad de nuestros

servicios, para revisar nuestros tratamientos y servicios así como para evaluar el trabajo de nuestros empleados a la hora de servirle a Usted.

Podremos, además, compartir su información personal con médicos y otros trabajadores que se encuentren en entrenamiento en el puesto laboral. Compartiremos su información personal con otros empleados de CFC con el objetivo de recibir servicios legales de nuestros abogados, para realizar auditorías fiscales, así como en caso de detección de fraude o abuso, también en apego de nuestro Programa de Obligaciones. También podremos compartir su información con nuestros socios de negocios, que necesiten acceso a dicha información para brindar servicios administrativos o profesionales en nuestro nombre.

### **Otros usos y compartimientos de su información que no requieran su Autorización:**

Además de poder compartir su información sin previa autorización en casos como tratamientos, pagos, y operaciones para asegurar el cuidado de su salud, CFC podrá compartir su información en los casos subsiguientes sin previa autorización:

- De requerirse por **ley estatal o federal**.
- Por razones de **Salud Pública**, que incluirán prevención y control de enfermedades, lesiones o discapacidad, para reportar nacimientos y/o fallecimientos, abuso negligencia de menores, reacciones alérgicas a medicamentos, o problemas con algún producto médico, o en caso de ser necesario informar a personas que se encuentren expuestas a enfermedades, o en riesgo de contagio de alguna enfermedad.
- Para **reportar violencia doméstica y abuso o negligencia a adultos** a autoridades del gobierno o para evitar daños severos
- Para **actividades de supervisión de salud**, que incluyan auditorías, encuestas e inspecciones, y licencias. Dichas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de Salud, programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles. Las actividades de Supervisión de Salud no incluye investigaciones que no estén relacionadas con el beneficiario de los servicios de salud o de los beneficios del gobierno.
- Para **procesos judiciales y administrativos**, los que incluyan audiencias y disputas. En caso de que usted se encuentre bajo un proceso legal o administrativo, nosotros compartiremos su información personal de ser ordenado por un juez o el oficial a cargo del proceso.
- **En apego a la ley y el orden**, para responder a una solicitud de una orden o petición judicial, para identificar a un sospechoso, testigo o persona desaparecida, para brindar información de identificación reaccionada con alguna investigación criminal así como para el seguimiento por parte del fiscal del distrito de una investigación sobre abuso a algún cliente.
- En caso de que Usted fallezca, se le proporcionará su información personal al **forense o examinador médico** con el propósito de identificar o determinar su causa de muerte, así como a **los Directores de Servicios Fúnebres** para que los mismos puedan cumplir con sus deberes.
- A las organizaciones de Procuración y Ablación de Órganos con el objetivo de recolectar, en el caso de donación, órganos tejidos o cadáveres en cumplimiento de las leyes estatales.
- Para investigación, en caso de que usted haya accedido a participar en alguna investigación siempre que El Comité de Protección de Privacidad haya aprobado el uso de su información clínica con fines investigativos.
- Para prevenir o disminuir un peligro serio e inminente en detrimento de su salud y seguridad o la de alguien más.
- A oficiales federales autorizados en **casos de actividades de inteligencia o seguridad nacional** respaldados por la ley así como para brindar protección personal al Presidente de Nación y otros Funcionarios.
- **A Instituciones Carcelarias u oficiales correccionales** en caso de que usted sea un reo y que su información personal sea necesaria para brindarle servicios de salud, preservar su salud y seguridad o la de otros, o por la seguridad de la Institución Correccional.

- A agencias gubernamentales que administren los beneficios públicos, en caso de ser necesarios para coordinar las funciones que cubren los programas.

**Otros usos y compartimientos de su información que requieran su Autorización:**

CFC podrá brindar su información personal en los siguientes casos siempre que le informemos a Usted que lo haremos y que usted acceda o no tenga objeción.

- A **Familiares, o Representantes Personales**, involucrados en su cuidado, en caso de que la información les incumba así como para notificarle a los mismos de su condición y ubicación.
- A **organizaciones de rescate en casos de desastres** que necesiten informar a su familia sobre su condición actual, en caso de desastre.
- **Con propósitos de recoger fondos.** Con su permiso, podremos compartir su información con programas de caridad que nos asisten en la recaudación de fondos. Usted tiene el derecho de rechazarse a participar incluso de cancelar su autorización en caso de que anteriormente haya accedido a participar en este tipo de programas de recaudación de fondos.
- Para **acciones de mercadeo** relacionadas con la prestación de servicios de salud, no utilizaremos su información personal para estas actividades sin su autorización.
- Para compartir notas de la secciones de **psicoterapia.**

**Autorización requerida para otros usos y distribución de la Información.**

- Para cualquier otro tipo de instancia no descrita aquí, en la que haya que utilizar o compartir su información personal CFC requerirá su autorización firmada por escrito, en la cual se refleje quien recibirá la información, que información será compartida, el propósito del uso o compartición de la información así como una fecha de expiración para la autorización. Siempre se requerirá autorización por escrito cuando su IMP sea utilizada para la venta el uso o la distribución con objetivos de mercadeo, tales como agencias de noticias e informaciones a la prensa.

**Nota:** si usted no puede dar autorización debido a una emergencia, CFC podría compartir su información por su propio bien. Nosotros tenemos la obligación de comunicarle en cuanto sea posible después de haber compartido su información.

Usted podría revocar esta autorización en cualquier momento. De usted derogar su autorización por escrito, nosotros no compartiremos ni utilizaremos su información personal para las razones planteadas en la presente autorización. Sin embargo no podremos retractar aquellos usos y comparticiones hechos con anterioridad a la revocación y deberemos retener la información que indique los servicios que le hayamos prestado.

**Cambios en la presente Comunicación:**

**Nos reservamos el derecho de cambiar la presente Comunicación:** Nos reservamos el derecho de hacer cualquier cambio en los términos de la presente Comunicación además de hacer efectivos los nuevos términos con relación a toda la Información que CFC mantiene. Publicaremos la nueva Comunicación con fecha efectiva en nuestro sitio web [www.cfcrochester.org](http://www.cfcrochester.org), y en nuestras instalaciones. Además le entregaremos en su próxima cita según su plan de servicios, una copia de la nueva comunicación con los cambios actualizados.

**Quejas:**

Si Usted considera que sus Derechos de Privacidad han sido violados, podrá presentar una queja ante:

*Jessica DeAugustine, Privacy Officer*  
 87 North Clinton Avenue, Rochester, New York 14604  
 Phone: (585) 546-7220 x7152

- O podrá contactar al Director de la Oficina de Derecho Departamento de Salud y Servicios Humanos EEUU, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201, Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted los podrá llamar al número (877) 696-6775 o escribirles a 200 Independence Ave. S.W., HHH Building Room 509H, Washington DC, 20201.
- Para presentar cualquier reclamación ante la Oficina de Derecho Civiles llame o escriba a Región II – US Department of Health and Human Services, Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza, Suite 3312, New York, New York 10278, Voice Phone (800) 368-1019, FAX (212) 264-3039, TDD (800) 537-7697.

Todas las quejas deberán presentarse por escrito. **Usted no será penalizado por presentar una queja.**

## Auto-Evaluación

¿ Que está sucediendo en tu vida que te ha hecho venir hasta aquí hoy?

---

---

¿Qué deseas lograr en el tratamiento?

---

---

Por favor circula todas las que aplican a usted:

Depresión	Obsesiones/ comportamientos compulsivos
Poca energía	Pensamientos constantes
Baja autoestima	No puede aferrarse a una idea
Falta de concentración	Se agita fácilmente
Desesperanza	Comportamientos excesivos (juegos de azar/gasto)
Inutilidad	Ilusiones/alucinaciones
Culpa	No pensar claramente / confusión
Alteración del sueño (más o menos)	Sensación de que no eres real
Alteración del apetito (más o menos)	Sentir que las cosas alrededor no son reales
Pensamientos de hacerse daño a sí mismo	Pensamientos desagradables no desaparecen
Pensamientos de dañar a alguien	Ira/frustración
Soledad / Aislamiento Social	Desafiando las normas
Tristeza/pérdida	Culpar a otros
Ansiedad / pánico	Argumentar
Dolor en el pecho	Uso excesivo de drogas o alcohol
Temblor / agitación	Uso excesivo de medicamentos recetados
Sudoración	Borrar memoria / Apagones
Escalofríos/ momentos de calor	Maltrato físico
Hormigueo o entumecimiento	Abuso sexual
Miedo a morir	Abuso conyugal
Miedo de volverte loco	Otra
Náuseas	
Fobias	

Anterior tratamiento ambulatorio u hospitalización:

---





## SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN: SPANISH

**1. Indique en cual de las siguientes clases del juego Ud. ha participado durante su vida. Para cada clase del juego, conteste: "nunca," "menos de una vez por semana," o "una vez por semana o más."**

	Nunca	Menos de una vez por semana	Una vez por semana o más	
a.				He jugado a cartas por dinero.
b.				He apostado en las carreras de caballos o de perros, en las peleas de gallos o de otros animals (en el hipódromo, en la pista, o con un corredor de apuestas).
c.				He apostado en los deportes (con quinielas, con un corredor de apuestas, o en jai alai).
d.				He jugado a juegos de dados por dinero.
e.				He jugado en un casino (legítimo o no).
f.				He jugado a números o a la lotería.
g.				He jugado al bingo por dinero.
h.				He jugado a la bolsa (acciones, opciones de compra).
i.				He jugado a las máquinas (tragaperras, poker, u otras).
j.				He jugado al boliche, al billar, al golf (u otro juego de habilidad) por dinero.
k.				He jugado a "pull tabs o a juegos de papel aparte de la lotería.
l.				He participado en alguna forma de apostar todavía no mencionado (indique cuales son, por favor).

**2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que Ud. ha apostado en un solo día?**

- |   |   |
|---|---|
| <p>_____ nunca he apostado</p> <p>_____ \$1 o menos</p> <p>_____ más de \$1 y menos de \$10</p> <p>_____ más de \$10 y menos de \$100</p> | <p>_____ más de \$100 y menos de \$1,000</p> <p>_____ más de \$1,000 y menos de \$10,000</p> <p>_____ más de \$10,000</p> |
|---|---|

**3. Indique cuales personas en su vida han tenido (o tienen) un problema con el juego.**

_____	padre	_____	madre
_____	hermano(a)	_____	abuelo(a)
_____	esposo(a)	_____	hijo(s)
_____	otro pariente		un amigo u otra persona importante en su vida

**4. Cuando Ud. juega, ¿cada cuándo vuelven para recobrar el dinero que ha perdido?**

\_\_\_\_\_ nunca  
\_\_\_\_\_ algunas veces (menos de la mitad del tiempo)  
\_\_\_\_\_ la mayoría del tiempo  
\_\_\_\_\_ siempre

**5. ¿Alguna vez ha pretendido Ud. haber ganado dinero cuando en realidad perdió?**

\_\_\_\_\_ nunca  
\_\_\_\_\_ sí, algunas veces (menos de la mitad de las veces que he perdido)  
\_\_\_\_\_ sí, casi siempre

**6. ¿Cree Ud. que ha tenido un problema con el juego?**

\_\_\_\_\_ no  
\_\_\_\_\_ en el pasado, sí; ahora, no  
\_\_\_\_\_ sí

**7. ¿Alguna vez ha jugado Ud. más de lo que quería?**

\_\_\_\_\_ sí                      \_\_\_\_\_ no

**8. ¿Hay alguien que ha criticado su manera de jugar?**

\_\_\_\_\_ sí                      \_\_\_\_\_ no

**9. ¿Ha sentido Ud. lleno de remordimientos debido a su manera de jugar, o a las consecuencias de su juego?**

\_\_\_\_\_ sí                      \_\_\_\_\_ no

**10. ¿Alguna vez ha querido Ud. dejar de jugar, pero no se creía capaz de hacerlo?**

\_\_\_\_\_ sí                      \_\_\_\_\_ no

**11. ¿Ha discutido Ud. con la gente en su casa sobre su manera de manejar el dinero?**

\_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**12. ¿Ha discutido Ud. con la gente en su casa sobre su manera de manejar el dinero?**

\_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**13. (Si Ud. ha contestado sí a la pregunta número 12): Estas discusiones—han tenido que ver con su juego?**

\_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**14. ¿Ha pedido Ud. un préstamo de dinero de alguien, y luego no pudo devolver el dinero a causa del juego?**

\_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**15. ¿Ha perdido Ud. tiempo de su trabajo (o de la escuela) a causa del juego?**

\_\_\_\_\_ sí \_\_\_\_\_ no

**16. Si Ud. ha pedido dinero prestado para jugar o para pagar las deudas resultando del juego, ¿de quien ha pedido (o de dónde ha sacado) el dinero? (Indique sí o no.)**

a. de los fondos de domicilio	sí	no
b. de su esposo	sí	no
c. de otros parientes	sí	no
d. del banco, de la caja de ahorros, de compañías de préstamo, del "credit union"	sí	no
e. de las tarjetas de crédito	sí	no
f. de un usurero	sí	no
g. por cobrar las acciones, los bonos, u otras fianzas	sí	no
h. por vender sus posesiones o las de la familia	sí	no
i. por extender unos cheques sin fondos o firmar cheques falsos	sí	no
k. de una línea de crédito con su corredor de apuestas	sí	no

Muchas gracias por completar este cuestionario.

## **Scoring Rules for Spanish SOGS**

Same as the English SOGS; please refer to the scoring rules on page 97.

Total = \_\_\_\_\_ (20 questions are counted)

\*\*3 or 4 = Potential pathological gambler (Problem gambler)

\*\*5 or more = Probable pathological gambler

## Hoja de Plan de Tratamiento Previo

Esta hoja está diseñada para ayudarnos a entender sus metas mientras estás en tratamiento aquí en el programa Restart. Por favor ayúdanos mediante la identificación de algunos de sus intereses o necesidades.

Gustaría seguir las siguientes preguntas: (por favor marque cualquiera que aplique y al menos uno en cada categoría)

Por favor identifique en cada fila seleccionando con un número del 1-5, con 5 siendo los elementos que desea primero en su tratamiento.

### **Educación**

Continuar en Escuela Superior (los menores de 19 años) \_\_\_\_

Completar un GED \_\_\_\_

Asistir a la Universidad / Colegio \_\_\_\_ Área de interés: \_\_\_\_

Asistir a un programa vocacional \_\_\_\_ programa de interés: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Empleo**

Continuar con mi actual trabajo \_\_\_\_ título del trabajo: \_\_\_\_\_

Identificación de competencias laborales que tengo \_\_\_\_

Conseguir alguna experiencia laboral \_\_\_\_

En busca de un trabajo \_\_\_\_ tipos de trabajo que quieres: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Alcohol o uso de drogas**

Ayudar a decidir si detener o reducir mi uso \_\_\_\_

Ayudar a entender por qué me enviaron a tratamiento \_\_\_\_

Ayudar a entender por qué estoy usando \_\_\_\_

Ayudar en el desarrollo de un plan para detener mi uso \_\_\_\_\_

Ayudar en el desarrollo de un plan para prevenir la recaída de nuevo a usar \_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Familiares o significativos de otros**

Ayudar a comunicarse mejor o mejorar las relaciones con familiares o con personas significativas \_\_\_\_

Mantener buenas relaciones con miembros de la familia u otras personas significativas \_\_\_\_\_

Ayudar a los familiares u otras personas significativas en entender mi adicción o recuperación \_\_\_\_\_

Ayudarme a llevarme mejor con familiares o personas significativas \_\_\_\_\_

Ayudar a tratar con niños o adolescentes en el hogar \_\_\_\_\_

Reunirme con miembros de la familia o con hijos \_\_\_\_\_

Ayudar a otros miembros de la familia que necesiten ayuda en otras áreas \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Personas de apoyo / Grupos de apoyo**

Desarrollar amistades que sean de apoyo en mi recuperación \_\_\_\_\_

Mantener amistades y apoyo que tengo actualmente \_\_\_\_\_

Identificar grupos de apoyo que me ayudarán con mi recuperación \_\_\_\_\_

Continuar asistiendo a grupos de apoyo \_\_\_\_\_ tipo: (AA/NA/Cefas, etc...) \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Espiritual**

Soporte para conectar/volver a conectar con mi iglesia / comunidad espiritual, etc... Nombre de la iglesia: \_\_\_\_\_

Ayudar a identificar nuevos lugares para encontrar apoyo espiritual \_\_\_\_\_

Ayuda a comprender cuál es mi necesidad espiritual \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

### **Salud/Salud Mental**

Asistir a mi cuidado médico actual a través de mi doctor \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_

Identificar un médico o un lugar para atención médica \_\_\_\_\_

Continuar mis citas de salud mental \_\_\_\_\_

Obtener ayuda para mi salud mental (depresión, ansiedad, etc...) \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Legal**

Continuar sin problemas legales \_\_\_\_\_

Cumplir con las expectativas y completar satisfactoriamente: (seleccionar cualquiera que aplique)

Corte de Drogas \_\_\_ Parole \_\_\_ Probatoria \_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

**Vivienda**

Continuar residiendo en mi vivienda actual \_\_\_\_\_

Encontrar vivienda nueva o mejor \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Cualquier otra situación que deseo atender es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otra implicación en alguna Agencia:** Por favor, indique cualquier agencias en que participa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Estimado Cliente del Centro Familiar Católico ,

Como recordatorio, el estado de Nueva York Oficina de alcoholismo y abuso de sustancias requiere que todas las agencias restrinjan el consumo de tabaco en o cerca de la Agencia de tratamiento y también prohíbe la posesión de productos del tabaco en los alrededores de la propiedad. Por lo tanto si estás en posesión de estos productos mientras estas en la propiedad se considerará en violación de la política de la Agencia y en riesgo de dar de baja del programa.

Estas políticas no es mandatorio para los clientes que entran en recuperación por su adicción a la nicotina. Sin embargo, todos los clientes deben cumplir con las reglas y políticas de la agencia que prohíbe el uso de tabaco en los alrededores de la propiedad o tener posesión de estos elementos en la propiedad.

En un esfuerzo para asegurar que todo el mundo entiende perfectamente esta política, ponemos a su disposición con este escrito. Si usted viola esta política, se le pedirá su nombre y se identificara con su terapeuta principal. El hacer caso omiso de este aviso, falta de respeto o la negativa a responder sobre esta política les podría resultar dar de baja en su tratamiento.

Nuestro sincero deseo es ayudarle a comprender las conexiones entre el uso de alcohol y drogas con el uso de nicotina y ayudar a mirar las razones de por qué usted continua utilizando nicotina para así ayudar con los esfuerzos de cese. Sabemos que ese individuo que con éxito ha logrado dejar de usar productos de tabaco es considerablemente más exitoso en mantener su recuperación de adicción al alcohol y drogas.

Continuaremos proporcionando educación y apoyo para aquellos que deseen explorar la cesación de tabaco en su recuperación. Si usted está interesado en esto, por favor consulte con su terapeuta principal o evaluador que puede ayudarlo a conectar con apoyos para lograr este objetivo. También estaremos ofreciendo educación sobre este tema durante su tratamiento.

Gracias.

ADMINISTRATIVE OFFICES

87 N. Clinton Avenue  
Rochester, NY 14604-1458

p: 585.546.7220

f: 585.546.6396

w: [www.cfcrochester.org](http://www.cfcrochester.org)

**Marlene Bessette**  
President & CEO

DEPARTMENTS

*Aging & Adult Services*  
262.7050

*Children Youth & Family Services*  
262.7100

*Fund Development*  
262.7172

*Healthy Sisters' Soup & Bean Works*  
546.2784

*Housing Services*  
423.9590

*Marketing & Communications*  
546.7220 ext. 7003

*Mental Health Services*  
546.7220 ext.5702

*Reentry Services*  
546.7220 ext. 4502

*Refugee, Immigration & Language Services*  
546.7220 ext. 7139

*Restart Outpatient Services*  
546.3046

*Restart Residential Programs*  
262.7104

*Social Policy & Research*  
546.7220 ext. 7021



Diocese of Rochester

HELP that works.  
HOPE that lasts.





**Autorización para tener acceso a la información del paciente a través de una Organización de Intercambio de Información Médica**

Departamento de Salud (Department of Health, DOH) del Estado de Nueva York

**PROVEEDOR:** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito acceso a la información médica de mi atención y tratamiento de la manera en que se indica en el presente formulario. Puedo optar por permitirles a la Organización Proveedoradora o al Plan Médico mencionados anteriormente, o a las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista adjunta a este formulario, obtener acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información médica denominada Rochester RHIO. Otorgo mi consentimiento para que se pueda tener acceso a mis registros médicos de diferentes lugares en donde obtengo atención médica mediante una red informática de todo el estado. Rochester RHIO es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas electrónicamente y que cumple con las normas de privacidad y seguridad de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las leyes del estado de Nueva York. Para obtener más información, visite el sitio web de Rochester RHIO en [www.RochesterRHIO.org](http://www.RochesterRHIO.org).

Se puede tener acceso a mi información en caso de emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla n.º 2, la cual establece que rechazo el consentimiento *incluso* en el caso de una emergencia médica.

**La decisión que tome en este formulario NO afectará mi capacidad de obtener atención médica. La decisión que tomo en este formulario NO permite que las compañías de seguro de salud tengan acceso a mi información para decidir si me brindarán o no seguro de salud o si pagarán o no mis facturas médicas.**

<p><b>Mi opción de consentimiento.</b> UNA casilla está marcada a la izquierda de mi decisión.                  Puedo completar este formulario ahora o en el futuro.                  También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento al completar un nuevo formulario.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. OTORGO MI CONSENTIMIENTO</b> para que la Organización Proveedoradora o el Plan Médico mencionadas anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionadas en la lista, tengan acceso a TODA mi información médica electrónica, a través de Rochester RHIO en relación con la prestación de servicios de atención médica, incluida la atención de emergencia.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO</b> para que la Organización Proveedoradora o el Plan Médico mencionados anteriormente, o las Organizaciones Proveedoras y/o los Planes específicos mencionados en la lista, tengan acceso a mi información médica electrónica, a través de Rochester RHIO en relación con cualquier motivo, <b><i>incluso en caso de una emergencia médica (salvo para pacientes menores de edad).</i></b></p>

Si deseo negar mi consentimiento para que todas las Organizaciones Proveedoras y Planes Médicos que participan en Rochester RHIO tengan acceso a mi información médica electrónica a través de Rochester RHIO, puedo hacerlo si visito el sitio web de Rochester RHIO en [www.RochesterRHIO.org](http://www.RochesterRHIO.org) o llamo a Rochester RHIO al 1-877-865-RHIO(7446).

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas y me han proporcionado una copia de este formulario.

Firma del paciente o del representante legal del paciente	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante legal (si corresponde)	Relación entre el representante legal con el paciente (si corresponde)

## Detalles acerca de la información a la que se tuvo acceso a través de Rochester RHIO y el proceso de consentimiento:

- Cómo se podrá utilizar su información.** Su información médica electrónica será utilizada **solamente** para los siguientes servicios de atención médica:
  - **Servicios de tratamiento.** Proporcionarle tratamiento médico y servicios relacionados.
  - **Verificación de elegibilidad de seguro.** Verificar si tiene seguro de salud y cuál es su cobertura.
  - **Actividades de administración de atención.** Esto incluye ayudarle a obtener la atención médica adecuada, mejorar la calidad de los servicios prestados, coordinar la prestación de múltiples servicios de atención médica o ayudarle a seguir un plan de atención médica.
  - **Actividades para mejorar la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que se proporciona a usted y a todos los pacientes.
- Qué tipos de información acerca de usted están incluidas.** Si otorga su consentimiento, la(s) Organización (Organizaciones) Proveedor(a)s y/o Plan(es) Médico(s) mencionado(s) anteriormente puede(n) tener acceso a TODA su información médica electrónica que se encuentre disponible a través de Rochester RHIO. Esto incluye la información creada antes y después de la fecha en que se firmó este formulario. Sus registros médicos pueden incluir notas clínicas, resúmenes de altas hospitalarias, alergias, el historial de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o una fractura ósea), los resultados de análisis (como radiografías o análisis de sangre), los tratamientos que haya recibido, sus diagnósticos y las listas de medicamentos que haya tomado. Estos registros pueden incluir toda esta información sobre afecciones de salud delicadas que incluyen, entre otras:
  - Problemas de consumo de alcohol o drogas
  - Métodos anticonceptivos y aborto (planificación familiar).
  - Enfermedades genéticas (hereditarias) o análisis genéticos.
  - VIH/SIDA.
  - Afecciones de salud mental
  - Enfermedades de transmisión sexual.
- De dónde proviene la información médica acerca de usted.** La información acerca de usted proviene de lugares que le han brindado atención médica o seguro de salud. Estos lugares pueden incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, compañías aseguradoras de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información médica electrónicamente. Puede obtener una lista completa y actual de la(s) Organización (Organizaciones) Proveedor(a)s *O de Rochester RHIO*. Puede obtener una lista actualizada en cualquier momento si visita el sitio web de Rochester RHIO, [www.RochesterRHIO.org](http://www.RochesterRHIO.org), o llama al 1-877-865-RHIO (7446).
- Quién puede tener acceso a la información acerca de usted, si otorga su consentimiento.** Solo los médicos y otros miembros del personal de la(s) Organización (Organizaciones) a la(s) que le(s) ha otorgado consentimiento para llevar a cabo actividades autorizadas por este formulario, como se describe anteriormente en el párrafo uno. En caso de una emergencia, los médicos y otros miembros del personal podrán usar Rochester RHIO para acceder a la información médica de los pacientes menores de edad.
- Acceso de organizaciones para la obtención de órganos y organismos de salud pública.** Los organismos de salud pública locales, estatales o federales y ciertas organizaciones para la obtención de órganos están autorizados por ley a tener acceso a la información médica sin el consentimiento del paciente para ciertos fines de salud pública y transplante de órganos. Estas entidades pueden tener acceso a su información a través de Rochester RHIO para llevar a cabo dichos fines independientemente de si otorgó o negó su consentimiento, o si no completó un formulario de consentimiento.
- Sanciones por el acceso o el uso inadecuados de su información.** Estas son las penalizaciones por tener acceso inadecuado o por utilizar en forma inadecuada su información médica electrónica. Si, en algún momento, sospecha que alguna persona no autorizada ha visto o ha tenido acceso a información acerca de usted, llame a la Organización Proveedor(a) al: \_\_\_\_\_, visite el sitio web de Rochester RHIO: [www.RochesterRHIO.org](http://www.RochesterRHIO.org), llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o siga el proceso de queja de la Oficina de Derechos Civiles federal en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- Posterior divulgación de información.** La(s) organización (organizaciones) a la(s) que le(s) otorgó consentimiento para tener acceso a su información médica podrá(n) volver a divulgar a terceros cualquier información médica, solo en la medida en que lo permitan las leyes y las normas estatales y federales. Solo se puede tener acceso y divulgar a terceros la información relacionada con el tratamiento por alcohol/drogas o la información relacionada con el VIH confidencial si se presentan las declaraciones solicitadas sobre la prohibición de la divulgación a terceros.
- Período de vigencia.** Este Formulario de Consentimiento permanecerá vigente hasta el día en que cambie su opción de consentimiento o hasta el momento en que Rochester RHIO deje de funcionar (**o hasta 50 años después de su fallecimiento, lo que ocurra primero**). Si Rochester RHIO se fusiona con otra Entidad que reúna los requisitos, sus opciones de consentimiento permanecerán vigentes con la entidad recién fusionada.
- Cambio de su opción de consentimiento.** Usted puede cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier Organización Proveedor(a) o Plan Médico si presenta un nuevo Formulario de Consentimiento con su(s) nueva(s) opción (opciones). Las organizaciones que tienen acceso a su información médica a través de Rochester RHIO mientras su consentimiento está vigente, pueden copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Incluso si luego decide cambiar su consentimiento, estas organizaciones no están obligadas a devolver ni a retirar su información de sus registros.
- Copia del formulario.** Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento.