



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor, rellene toda la información en este formulario. Si necesita ayuda, hable con alguien de nuestro personal.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo: _____

Edad: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Apt #: _____ Teléfono: Casa: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Trabajo: _____

Email: _____ Preferencia de Contacto: _____ Celular: _____

Idioma Primario: _____ Preferencia Religiosa: _____

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño Del Pacífico ☐ Multirracial

Etnia: ☐ Puertorriqueño ☐ Mexicano ☐ Cubano ☐ Otro Hispano ☐ Haitiano ☐ Mexicano Americano

(marque una opción) ☐ Español/Latino ☐ Ninguna de los anteriores

Estado Civil: ☐ Nunca Casado ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Pareja de Hecho ☐ Legalmente Separado

Estatus de Empleo: ☐ Militar Activo ☐ Tiempo Completo ☐ Independiente TC ☐ Tiempo Parcial ☐ Independiente TP

☐ Desempleado ☐ Discapacitado ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐ Permiso de Ausencia ☐ Recluso Penal ☐ No autorizado para trabajar

Educación Más Alta Completada: _____ Escuela Actual: _____

Estatus Residencial: ☐ Vida independiente solo ☐ Vida independiente, con parientes ☐ Vida independiente, con personas sin parentesco ☐ Vida dependiente, c/parientes ☐ Vida dependiente, c/personas sin parentesco ☐ Sin Hogar ☐ Hogar Grupal ☐ Cárcel ☐ Centro de Vida Asistida ☐ Instituto de Salud Mental ☐ Hogar de Ancianos ☐ Vivienda Asistida ☐ Hogar de Acogida ☐ Instalaciones del DJJ ☐ Residencias de Crisis ☐ Residencia de Tratamiento Infantil ☐ Centro de Vida Asistida con Licencia de Salud Mental ☐ Otro

Número Total de personas que viven en el hogar _____

¿Alguna vez ha sido conocido por otro nombre o antiguo alias?: ☐ No ☐ Sí Nombre: _____

Nombre/Apodo Preferido: _____

Remitido por: _____ Teléfono de Referencia: _____

¿Tiene un plan de casos abierto de bienestar infantil?: ☐ Sí ☐ No Veterano: ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha recibido servicios aquí antes? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, cuándo: _____

IDENTIFIQUE LOS FACTORES DE DISCAPACIDAD:

Discapacidades del Desarrollo: ☐ Sí ☐ No

No Ambulatorio: ☐ Sí ☐ No

Sordo o con problemas de audición: ☐ Sí ☐ No

Idioma Inglés Severamente Limitado: ☐ Sí ☐ No

Discapacidad Física: ☐ Sí ☐ No

Discapacidad Visual: ☐ Sí ☐ No

Funcionalidad en vida diaria: ☐ Sí ☐ No

(Incapacidad para llevar una vida diaria independiente)

¿Qué ayudas auxiliares, servicios o asistencia necesita para ayudarle a comunicarse con nosotros? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA / PADRE / TUTOR LEGAL (encierre una en un círculo)

Nombre: _____ Teléfono: Casa: _____

Dirección: _____ Apt #: _____ Trabajo: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Parentesco: _____

BENEFICIOS MÉDICOS

¿Tiene algún seguro? ☐ Sí ☐ No **Medicaid** ☐ **Medicare** ☐ **PPO/HMO Comercial** ☐

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar esto o un reclamo relacionado a:

ID de miembro: _____

Nombre y dirección de la aseguradora _____

Autorizo el pago de beneficios a Directions for Living.

Fecha: _____

Firma del Cliente _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Médico de Atención Primaria: _____

Teléfono #: _____

Otro Médico Tratante: _____

Teléfono #: _____

Especialista en Manejo del Dolor: _____

Teléfono #: _____

AUTORIZACIÓN DE SERVICIO / CONSENTIMIENTO PARA TRATAR / CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Mi firma a continuación certifica que:

- 1) Doy permiso al personal de Directions for Living para prestar servicios de salud mental / tratamiento y/o prevención de abuso de sustancias a la persona nombrada a continuación, ya sea en persona o a través de telesalud o telefónico.
- 2) He recibido una copia del manual del cliente, que también está disponible para descargar aquí http://directionsforliving.org/your_visit/ que incluye información sobre:
 - Misión Organizativa
 - Directiva Anticipada
 - Horario de Atención
 - Procedimientos de Emergencia
 - Aviso de Prácticas de Privacidad
 - Servicios de Tratamiento
 - Derechos y Responsabilidades del Cliente
 - Control de Enfermedades Infecciosas
 - Procedimientos de Presentación de Quejas
- 3) He recibido la información de educación sobre el VIH/SIDA y entiendo que puedo solicitar más información sobre las pruebas y otros servicios en cualquier momento.
- 4) Doy mi consentimiento para ser contactado por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto con respecto a mis citas.
- 5) Entiendo que puedo ser contactado acerca de mis servicios en Directions for Living durante o después de los servicios para propósitos de mejora de calidad.
- 6) Entiendo que es posible que se requiera que Directions envíe información estadística y demográfica como mi edad, número de seguro social y/o ingresos a ciertas agencias locales, estatales y/o federales para proporcionar mis servicios. También entiendo que puedo pedir información más específica con respecto a esto en cualquier momento.
- 7) Estoy proporcionando este consentimiento para los servicios de tratamiento y/o prevención voluntariamente y entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre del Cliente Escrito

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Padre / Tutor (si corresponde)

Fecha

Parentesco con el Cliente

Testigo

Fecha

Nuestros financiadores requieren que recopilemos información sobre todas las personas que viven en el hogar con el niño que está recibiendo los servicios.
Rellene la siguiente información sobre todas las personas que viven en el hogar del niño.

Miembro del Hogar	Género	Parentesco con el niño	Raza / Etnia	FDN	Educación Alcanzada	Idioma	¿Ciudadano? S / N	¿Empleado? S / N	Estado Civil	Solo Para Uso de la Oficina: Actividad De Servicio
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										
	☐ F ☐ M	☐ Madre ☐ Padre ☐ Hermano ☐ Tutor					S N	S N		
SS#										

Nombre del Cliente: _____ Cliente #: _____

**Autorización y consentimiento para revelación,
recepción y uso de información confidencial por parte
de la Junta de Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas**

Nombre del
niño: Yo,

_____ (escriba (los) nombre (s)
del (de los) participante (s)) reconozco que participo en _____ (nombre del
programa o servicio). Reconozco que la Junta de Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas
("JWB") proporciona fondos para que el programa o servicio en el que estoy participando esté
disponible. También reconozco que con el fin de garantizar que todos los servicios prestados a
los participantes son de la más alta calidad posible, el JWB podría necesitar revisar la
información sobre mí y estos servicios.

Al firmar esta autorización, estoy indicando que entiendo y acepto que mi información
confidencial puede estar contenida en un sistema de recopilación de datos de la JWB, y que este
sistema de recopilación de datos está exento de revelación según la Ley de Registros Públicos
de la Florida. Esto significa que, por ley, la JWB no puede revelar información de identificación
individual sobre mí o los servicios que recibo (Fla. Stat. §119.071). Reconozco que según sea
necesario para llevar a cabo los fines enumerados en este documento, la JWB puede revisar toda
la información sobre mí, incluyendo mi archivo de participante y toda otra información que me
pertenezca en poder de la agencia que proporciona el programa o servicio, independientemente
de si esa información es ingresada en un sistema de recopilación de datos de la JWB. Además,
reconozco que la JWB simplemente está almacenando y revisando registros e información como
el pagador de estos servicios, y que la JWB generalmente no me proporciona ningún servicio
directo, excepto en ciertas circunstancias que pueden facilitar la prestación de servicios.
Además, reconozco que la JWB no me proporciona diagnósticos médicos y la JWB no es una
entidad cubierta, término definido según la HIPAA (la Ley de Responsabilidad y
Transferibilidad de los Seguros Médicos).

Autorizo a la JWB a utilizar mi información confidencial para verificar la elegibilidad para los
servicios o programas financiados, para facilitar la prestación de servicios, hacer el pago por los
servicios prestados a mí por los programas o servicios financiados, control de calidad de los
servicios o programas financiados, investigación basada en evidencia de los servicios o
programas financiados por la JWB, incluyendo, entre otros, el seguimiento de los resultados de
los programas y servicios financiados, y la determinación de futuros servicios/programas
financiados por la JWB. Entiendo que la información confidencial divulgada, recibida o utilizada
por la JWB en relación con mi Autorización no será revelada a ninguna otra parte sin mi
consentimiento expreso por escrito o según lo permita o exija la ley aplicable, a menos que sea
presentada en un informe que presente información sobre un grupo de personas en formato no
identificado, lo que significa que no se revela ninguna información que me identifique como
individuo.

Reconozco que esta autorización cubre toda la información sobre mí, incluyendo, entre otros, información de identificación personal, información de salud protegida, información médica general, orientación general, así como información psiquiátrica/psicológica/de abuso de sustancias en mi historia médica, cualquier información relacionada con la realización de cualquier prueba, los resultados de esas pruebas, y los registros de orientación y tratamiento, según lo permitido por todas las leyes estatales, federales y, entre otras, lo siguiente: Estatutos de Florida 394.459, 381.004 y 395.3025; Código de Evidencia de Florida 90.503, 90.5035 y 90.5036; HIPAA, y el Código de Regulaciones Federales (CFR) Título 42. Doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad participe en encuestas en línea o en papel que se utilizarán para mejoras y ampliaciones en el programa. Entiendo que mis registros tienen un estatus privilegiado y confidencial. Renuncio a ese estatus para los fines contenidos en esta autorización.

Entiendo que la información confidencial revelada, recibida o utilizada por la JWB en base a esta autorización no será revelada a ninguna otra parte sin mi consentimiento expreso por escrito o según lo permita o exija la ley aplicable. Sin embargo, la información confidencial de identificación individual recibida por la JWB con base a esta autorización puede ser utilizada por la JWB y sus agentes para fines de investigación, siempre y cuando los resultados de la investigación se reporten como un todo en formato no identificable, lo que significa que no se revela ninguna información que me identifique como individuo. Excepto que la JWB no proporcionará ningún registro cubierto por el título 42 del CFR a ningún agente de la JWB.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi aprobación por escrito en cualquier momento. Sin embargo, es posible que la JWB ya haya confiado en esta Autorización antes de recibir la notificación de mi retiro y que la JWB ya haya tomado medidas basadas en la Autorización. Si no retiro mi aprobación, terminará automáticamente un (1) año desde el último día en que recibí los servicios de este programa, o con respecto a la información utilizada en la investigación, o para las actividades de cumplimiento y revisión de calidad realizadas por la JWB o sus agentes, al completar el último proyecto de investigación o revisión de cumplimiento/ calidad, lo que ocurra más tarde. Con mi firma a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento como se indica anteriormente de manera libre, voluntaria y sin coacción, y que se me ha dado una copia de esta autorización, firmada por mí en la fecha que se muestra a continuación.

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Niño:

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor

☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

 (escriba el nombre del participante)

 Fecha de entrada en vigencia

 Firma del Participante o del
 Representante Autorizado del
 Participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
 Documentos Legales)

 (escriba el nombre del participante)

 Fecha de entrada en vigencia

 Firma del Participante o del
 Representante Autorizado del
 Participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
 Documentos Legales)

 (escriba el nombre del participante)

 Fecha de entrada en vigencia

 Firma del Participante o del
 Representante Autorizado del
 Participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
 Documentos Legales)

 (escriba el nombre del participante)

 Fecha de entrada en vigencia

 Firma del Participante o del
 Representante Autorizado del
 Participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
 Documentos Legales)

 (escriba el nombre del participante)

 Fecha de entrada en vigencia

 Firma del Participante o del
 Representante Autorizado del
 Participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
 Documentos Legales)

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Declaración escrita del(los) propósito(s) de la recolección del número de Seguro Social para los beneficiarios de los programas y servicios financiados por la JWB

La Junta de Bienestar Juvenil (JWB) invierte en alianzas, innovación y promoción para fortalecer a los niños y familias del Condado de Pinellas. La visión de la JWB es que los niños en el Condado de Pinellas tengan un futuro de vidas más exitosas y satisfactorias gracias a los esfuerzos de la JWB y sus aliados. La JWB fue establecida por el estatuto de Florida en 1945 (Ley Especial 2003-320: F. S. §189.429) y aprobada abrumadoramente por los votantes en un referéndum en 1946. La JWB fue creada con la misión de proporcionar los servicios necesarios a los niños y las familias en todo el Condado de Pinellas. La JWB financia servicios para niños y familias en el Condado de Pinellas.

El propósito de este documento es proporcionar información escrita a las personas sobre cómo la JWB utiliza los números de Seguro Social que recopila. La JWB está obligada por la Ley de Registros Públicos de Florida [Fla. Stat. §119.071(5)] a proporcionarle esta información.

La Ley de Florida permite que la JWB recopile números de Seguro Social para llevar a cabo sus deberes y responsabilidades prescritas por la ley (Fla. Stat. §119.071 (5) (A) 2a. (II); Ley Especial 2003-320: F. S. §189.429). Específicamente, es imperativo que la JWB recopile números de Seguro Social para llevar a cabo investigaciones, financiar servicios y garantizar que todos los servicios prestados a los participantes sean de la más alta calidad posible.

Además, es necesario recopilar la información del Seguro Social para:

- Identificar y emparejar individuos y datos con la investigación para coordinar, planificar y mejorar los servicios para niños y familias en el Condado de Pinellas;

Los números de Seguro Social en poder de la JWB son confidenciales y están exentos de revelación, excepto según lo autorice específicamente la ley (Fla. Stat. §119.071) (5) (a) 5.). La JWB sigue los más altos estándares de seguridad. Todos los informes elaborados por la JWB proporcionan información sobre los servicios en general. Ningún individuo es identificado de ninguna manera en ningún informe sin que la JWB obtenga primero el consentimiento por escrito de esa persona.

**Nombre del
Niño:**

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

**Autorización y consentimiento para revelación,
recepción y uso de información confidencial por parte
de la Junta de Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas**

Nombre del Adulto: Yo, _____

_____ (escriba (los) nombre (s)
del (de los) participante (s)) reconozco que participo en _____ (nombre del
programa o servicio). Reconozco que la Junta de Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas
("JWB") proporciona fondos para que el programa o servicio en el que estoy participando esté
disponible. También reconozco que con el fin de garantizar que todos los servicios prestados a
los participantes son de la más alta calidad posible, el JWB podría necesitar revisar la
información sobre mí y estos servicios.

Al firmar esta autorización, estoy indicando que entiendo y acepto que mi información
confidencial puede estar contenida en un sistema de recopilación de datos de la JWB, y que este
sistema de recopilación de datos está exento de revelación según la Ley de Registros Públicos
de la Florida. Esto significa que, por ley, la JWB no puede revelar información de identificación
individual sobre mí o los servicios que recibo (Fla. Stat. §119.071). Reconozco que según sea
necesario para llevar a cabo los fines enumerados en este documento, la JWB puede revisar toda
la información sobre mí, incluyendo mi archivo de participante y toda otra información que me
pertenezca en poder de la agencia que proporciona el programa o servicio, independientemente
de si esa información es ingresada en un sistema de recopilación de datos de la JWB. Además,
reconozco que la JWB simplemente está almacenando y revisando registros e información como
el pagador de estos servicios, y que la JWB generalmente no me proporciona ningún servicio
directo, excepto en ciertas circunstancias que pueden facilitar la prestación de servicios.
Además, reconozco que la JWB no me proporciona diagnósticos médicos y la JWB no es una
entidad cubierta, término definido según la HIPAA (la Ley de Responsabilidad y
Transferibilidad de los Seguros Médicos).

Autorizo a la JWB a utilizar mi información confidencial para verificar la elegibilidad para los
servicios o programas financiados, para facilitar la prestación de servicios, hacer el pago por los
servicios prestados a mí por los programas o servicios financiados, control de calidad de los
servicios o programas financiados, investigación basada en evidencia de los servicios o
programas financiados por la JWB, incluyendo, entre otros, el seguimiento de los resultados de
los programas y servicios financiados, y la determinación de futuros servicios/programas
financiados por la JWB. Entiendo que la información confidencial divulgada, recibida o utilizada
por la JWB en relación con mi Autorización no será revelada a ninguna otra parte sin mi
consentimiento expreso por escrito o según lo permita o exija la ley aplicable, a menos que sea
presentada en un informe que presente información sobre un grupo de personas en formato no
identificado, lo que significa que no se revela ninguna información que me identifique como
individuo.

Reconozco que esta autorización cubre toda la información sobre mí, incluyendo, entre otros, información de identificación personal, información de salud protegida, información médica general, orientación general, así como información psiquiátrica/psicológica/de abuso de sustancias en mi historia médica, cualquier información relacionada con la realización de cualquier prueba, los resultados de esas pruebas, y los registros de orientación y tratamiento, según lo permitido por todas las leyes estatales, federales y, entre otras, lo siguiente: Estatutos de Florida 394.459, 381.004 y 395.3025; Código de Evidencia de Florida 90.503, 90.5035 y 90.5036; HIPAA, y el Código de Regulaciones Federales (CFR) Título 42. Doy mi consentimiento para que mi hijo menor de edad participe en encuestas en línea o en papel que se utilizarán para mejoras y ampliaciones en el programa. Entiendo que mis registros tienen un estatus privilegiado y confidencial. Renuncio a ese estatus para los fines contenidos en esta autorización.

Entiendo que la información confidencial revelada, recibida o utilizada por la JWB en base a esta autorización no será revelada a ninguna otra parte sin mi consentimiento expreso por escrito o según lo permita o exija la ley aplicable. Sin embargo, la información confidencial de identificación individual recibida por la JWB con base a esta autorización puede ser utilizada por la JWB y sus agentes para fines de investigación, siempre y cuando los resultados de la investigación se reporten como un todo en formato no identificable, lo que significa que no se revela ninguna información que me identifique como individuo. Excepto que la JWB no proporcionará ningún registro cubierto por el título 42 del CFR a ningún agente de la JWB.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi aprobación por escrito en cualquier momento. Sin embargo, es posible que la JWB ya haya confiado en esta Autorización antes de recibir la notificación de mi retiro y que la JWB ya haya tomado medidas basadas en la Autorización. Si no retiro mi aprobación, terminará automáticamente un (1) año desde el último día en que recibí los servicios de este programa, o con respecto a la información utilizada en la investigación, o para las actividades de cumplimiento y revisión de calidad realizadas por la JWB o sus agentes, al completar el último proyecto de investigación o revisión de cumplimiento/ calidad, lo que ocurra más tarde. Con mi firma a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento como se indica anteriormente de manera libre, voluntaria y sin coacción, y que se me ha dado una copia de esta autorización, firmada por mí en la fecha que se muestra a continuación.

Firma del Testigo

Fecha

Nombre del Adulto:

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

- ☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

- ☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

- ☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

- ☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

(escriba el nombre del participante)

Fecha de entrada en vigencia

Firma del Participante o del
Representante Autorizado del
Participante (marque uno):

- ☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor
☐ Representante Personal (Se Requieren
Documentos Legales)

INFORMACIÓN DEL ADULTO

Declaración escrita del(los) propósito(s) de la recolección del número de Seguro Social para los beneficiarios de los programas y servicios financiados por la JWB

La Junta de Bienestar Juvenil (JWB) invierte en alianzas, innovación y promoción para fortalecer a los niños y familias del Condado de Pinellas. La visión de la JWB es que los niños en el Condado de Pinellas tengan un futuro de vidas más exitosas y satisfactorias gracias a los esfuerzos de la JWB y sus aliados. La JWB fue establecida por el estatuto de Florida en 1945 (Ley Especial 2003-320: F. S. §189.429) y aprobada abrumadoramente por los votantes en un referéndum en 1946. La JWB fue creada con la misión de proporcionar los servicios necesarios a los niños y las familias en todo el Condado de Pinellas. La JWB financia servicios para niños y familias en el Condado de Pinellas.

El propósito de este documento es proporcionar información escrita a las personas sobre cómo la JWB utiliza los números de Seguro Social que recopila. La JWB está obligada por la Ley de Registros Públicos de Florida [Fla. Stat. §119.071(5)] a proporcionarle esta información.

La Ley de Florida permite que la JWB recopile números de Seguro Social para llevar a cabo sus deberes y responsabilidades prescritas por la ley (Fla. Stat. §119.071 (5) (A) 2a. (II); Ley Especial 2003-320: F. S. §189.429). Específicamente, es imperativo que la JWB recopile números de Seguro Social para llevar a cabo investigaciones, financiar servicios y garantizar que todos los servicios prestados a los participantes sean de la más alta calidad posible.

Además, es necesario recopilar la información del Seguro Social para:

- Identificar y emparejar individuos y datos con la investigación para coordinar, planificar y mejorar los servicios para niños y familias en el Condado de Pinellas;

Los números de Seguro Social en poder de la JWB son confidenciales y están exentos de revelación, excepto según lo autorice específicamente la ley (Fla. Stat. §119.071) (5) (a) 5.). La JWB sigue los más altos estándares de seguridad. Todos los informes elaborados por la JWB proporcionan información sobre los servicios en general. Ningún individuo es identificado de ninguna manera en ningún informe sin que la JWB obtenga primero el consentimiento por escrito de esa persona.

Nombre del
Adulto:

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor
(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Nombre Escrito del Participante Firma del Participante Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor
(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Nombre Escrito del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre Escrito del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Firma del Padre/Tutor
 (Si el participante es menor de 18 años de edad)

Fecha

Hallando tu puntuación ACE (Experiencias Adversas de la Infancia)

Mientras crecías, durante tus primeros 18 años de vida:

1. ¿Un padre u otro adulto en el hogar, **a menudo o muy a menudo...**

Te decía groserías, insultaba, degradaba o humillaba?

☐

Actuaba de una manera que te hizo temer que podrías ser lastimado físicamente?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

2. ¿Un padre u otro adulto en el hogar, **a menudo o muy a menudo...**

Te empujaba, agarraba, abofeteaba o te lanzaba algo?

☐

Alguna vez te pegó tan fuerte que tenías marcas o estabas herido?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

3. ¿Un adulto o una persona al menos 5 años mayor que tú **alguna vez...**

Te tocó o acarició o hizo que tocaras su cuerpo de manera sexual?

☐

Intentó o tuvo relaciones sexuales orales, anales o vaginales contigo?

Sí No g

En caso afirmativo, coloca 1 _____

4. ¿**A menudo o muy a menudo** sentías que...

Nadie de tu familia te amaba o pensaba que eras importante o especial?

☐

Tu familia no se cuidaban mutuamente, ni se sentían cercanos uno del otro, o no se apoyaban mutuamente?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

5. ¿**A menudo o muy a menudo** sentías que...

No tenías suficiente para comer, tenías que usar ropa sucia, y no tenías a nadie que te protegiera?

☐

Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarte o llevarte al médico si lo necesitabas?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

6. ¿Tus padres **alguna vez** se separaron o divorciaron?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

7. ¿A tu madre o madrastra:

A menudo o muy a menudo la empujaban, agarraban, abofeteaban, o le lanzaban algo?

☐

A veces, a menudo, o muy a menudo la pateaban, mordían, la golpeaban con un puño, o la golpeaban con algo duro?

☐

Alguna vez la golpearon repetidamente por al menos unos minutos o la amenazaron con una pistola o cuchillo?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

8. ¿Vivías con alguien que fuera un bebedor problemático o alcohólico o que usara drogas callejeras?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

9. ¿Un miembro del hogar estaba deprimido o mentalmente enfermo, o un miembro del hogar intentó suicidarse?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

10. ¿Un miembro de la familia fue a prisión?

Sí No

En caso afirmativo, coloca 1 _____

Ahora suma tus respuestas de "Sí": _____ esta es tu puntuación de ACE.

Nombre del Cliente:

Número de Cliente:

Name _____

Date: _____

Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (MSSI-SA)-SPANISH
Formulario administrado por uno mismo

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol y otras drogas, incluyendo medicación/medicinas recetadas y de venta libre. Se conservará la confidencialidad de sus respuestas. Marque la respuesta que mejor describa su situación. Responda a las preguntas de acuerdo con sus experiencias en los últimos 6 meses.

Las respuestas consignadas en este formulario nos ayudarán a identificar sus necesidades y brindarle servicios. Sus respuestas no le excluirán de recibir servicios, atención o tratamiento en este programa.

Segun sus respuestas a estas preguntas, nos puede aconsejar que obtenga mas evaluacion completo. Esto seria voluntario y seria una opcion de tener una evaluacion adicional o no.

Durante los últimos 6 meses...

	Sí	No
1a. ¿Ha consumido alcohol u otras drogas? (Como vino, cerveza, licor de alta graduación, marihuana, cocaína, heroína u otros narcóticos, estimulantes (“sentido altos”), depresores (“sentido bajo”), alucinógenos o sustancias inhalantes)		
1b. Ha usado medicación/medicinas recetadas o de venta libre? (Tales como píldoras para dormir, analgésicos, sedantes o medicación contra la ansiedad como Valium, Xanax o Ativan)		
2. ¿Ha pensado que consume demasiado alcohol u otras drogas? (Otras drogas también incluye más medicación recetada o de venta libre que la recomendada.)		
3. ¿Ha intentado reducir el consumo o dejar de beber o usar otras drogas?		
4. ¿Ha pedido ayuda por su consumo de alcohol o droga? (Como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, asesores psicológicos u otro programa de tratamiento.)		

5. ¿Ha tenido problemas de salud? Por favor indique si: ___ ha sufrido desmayos u otros períodos de pérdida de memoria ___ se lesionó la cabeza después de beber o consumir drogas ___ ha tenido convulsiones, delirium tremens (“DT”) ___ ha tenido hepatitis u otros problemas hepáticos ___ se sintió descompuesto, tembloroso o deprimido al dejar de consumir ___ se sintió como si tuviera insectos o una sensación de hormigueo bajo la piel al dejar de consumir drogas ___ se ha lesionado después de beber o consumir drogas ___ ha usado agujas para inyectarse drogas
--

Por favor continuar ⇒

Name _____

SPANISH

Date _____

Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (continuación)

	Sí	No
6. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas con sus familiares o amigos?		
7. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas en la escuela o en el trabajo?		

	Sí	No
8. ¿Lo han arrestado o ha tenido otros problemas legales? (Como cheques sin fondo, conducir bajo la influencia de alcohol, robo o posesión de drogas.)		
9. ¿Ha perdido el control o participado en peleas verbales o físicas durante el consumo de alcohol u otras drogas?		
10. ¿Necesita beber o consumir drogas cada vez con más frecuencia para conseguir el efecto que desea?		
11. ¿Pasa mucho tiempo pensando cómo conseguirá o intentando conseguir alcohol u otras drogas?		
12. Cuando bebe o consume drogas, ¿es más probable que haga algo que no haría normalmente, por ejemplo, no cumplir las reglas, violar la ley, vender cosas de valor para usted, o tener sexo sin protección?		
13. ¿Se siente mal o culpable por beber o usar drogas?		

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias de vida en general.

	Sí	No
14. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol o las drogas?		
15. ¿Alguno de sus familiares ha tenido problema con el alcohol o las drogas?		
16. ¿Piensa que tiene un problema con el alcohol o las drogas ahora?		

Gracias por completar este cuestionario.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ - 9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un “_” para indicar su respuesta)

Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
------------	-------------	-----------------------------	---------------------

1. Poco interés o placer en hacer cosas				
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas				
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado				
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía				
5. Sin apetito o ha comido en exceso				
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia				
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión				
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera				

FOR OFFICE CODING ____ 0 ____ + ____ + ____ + ____

=Total Score: ____

Si marcó **cualquiera** de los problemas, ¿qué tanta **dificultad** le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

**No ha sido
difícil**

**Un poco
difícil**

**Muy
difícil**

**Extremadamente
difícil**

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir

Revised 3/19/23

Client Name: _____

Client #: _____



Directiva Anticipada de Salud Mental

Nombre del Cliente: _____ ID del Cliente: _____

Esta es una directiva anticipada. Le permite tomar decisiones por adelantado para su tratamiento de salud mental. Es importante que identifique sus preferencias e identifique a los amigos o familiares que le gustaría contactar para informarles de su hospitalización.

1. Si tengo que ir al hospital, yo prefiero ir a _____.
Entiendo que mi preferencia tal vez no pueda ser satisfecha.

2. Me gustaría identificar a la siguiente persona si estoy hospitalizado:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Parentesco: _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____ Nombre Escrito: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Nombre Escrito: _____

Proveedor de DFL: _____ Fecha: _____ Nombre Escrito: _____



Fecha: _____

Pago basado en:

☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Plan de Salud de Pin. Cty ☐ Pago Propio/Sin Seguro

☐ Comercial: _____ **Nombre del Seguro:** _____

Ingresos Mensuales del Cliente: \$ _____ Otros Ingresos Mensuales: \$ _____

Ingresos Anuales del Hogar: \$ _____

Número total de personas mantenidas por los ingresos familiares anuales: _____

Tipo de Verificación de Ingresos:

☐ Recibo de Nómina ☐ Recibo de Desempleo ☐ W2/ 1099
☐ Carta de Apoyo ☐ Recibo del SSI ☐ Autoinformado
☐ Otro: _____

Ingresos verificados por (nombre del personal) : _____

** La verificación de ingresos mencionada anteriormente debe copiarse y colocarse en el registro del cliente*

*** Se completará trimestralmente excepto TANF que es cada 30 días*

A continuación, se completará con FSR para AOP/COP/Médico:

Califica para IDP: ☐ Si ☐ No

Pago Propio \$: _____ Escala Móvil %: _____

Motivo de la tarifa completa:

(Nombre del seguro que no aceptamos)

Tarifas del Servicio de Terapia

Honorarios por Servicios Médicos

Evaluación: \$ _____ Evaluación Psiquiátrica \$ _____

Terapia Grupal: \$ _____ Visitas de Seguimiento de Medicamentos \$ _____

Terapia: \$ _____

Firma del Rep. De Svcs Financieros.

Fecha

Firma del Cliente/Tutor

Fecha

** Por favor entregue una copia al cliente y coloque el original en el Archivo del cliente.*

Nombre del Cliente: _____

Cliente #: _____