



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
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Tutor					S N	S N		
SS#										

Nombre del Cliente: _____ Cliente #: _____

**Autorización y Consentimiento para Divulgar, Recibir, y Usar
Información Confidencial por el Juvenile Welfare Board of Pinellas
County**

Yo, _____ (*nombre del participante en letra de molde*) reconozco que participo en _____ (*nombre del programa o servicio*). Reconozco que la Junta del Bienestar Juvenil del Condado de Pinellas (“Juvenile Welfare Board “JWB”) provee fondos al programa o servicio en el cual participo. También reconozco que para asegurarse que todos los servicios prestados a los participantes sean de la mejor calidad posible, JWB puede revisar mi información al igual que los servicios que recibo.

Mediante mi firma en esta autorización, declaro que entiendo y acepto que mi información confidencial puede ser almacenada en un sistema de recolección de datos de JWB, y que este sistema de recolección de datos está exento de divulgación bajo la ley de Registros Públicos del estado de la Florida. Esto significa que de acuerdo a la ley, JWB no puede revelar información que me identifique o los servicios que recibo (Estat. Fla. §119.071). Reconozco que cuando sea necesario para cumplir los propósitos enumerados aquí, JWB puede revisar toda mi información, incluyendo mi archivo de participante en poder de la agencia que me provee los servicios, independientemente de que esta información sea procesada en el sistema de recolección de datos de JWB. Además reconozco que JWB simplemente almacena y revisa registros e información como entidad que paga por los servicios, y que JWB no me provee servicios directos, incluidos entre otros, la coordinación de servicios, recomendación de servicios, o diagnósticos médicos. Además reconozco que JWB no es una entidad cubierta de acuerdo a la definición de ese término bajo la ley HIPPA (Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud “Health insurance Portability and Accountability Act”).

Autorizo a JWB a usar mi información confidencial con el fin de verificar que los servicios o programas cumplen con los criterios para financiamiento; hacer pagos por servicios prestados por los programas financiados; el control de calidad de los servicios o programas financiados; realizar investigación de datos empíricos de los servicios o programas financiados por JWB, incluyendo entre otros, seguimiento de resultados de los programas o servicios financiados, y determinación de servicios/programas financiados por JWB en el futuro. Entiendo que la privacidad de cualquier información divulgada, recibida o usada por JWB relacionada con mi autorización no se divulgará adicionalmente a terceras personas sin mi autorización por escrito o de lo contrario permitida o requerida por la ley aplicable en este caso, a menos que se presente en un reporte el cual presenta información de un grupo de participantes, donde ninguno de ellos se identifica por su nombre o alguna otra característica personal.

Reconozco que esta autorización cubre toda mi información, incluyendo entre otros, información de identificación personal, información médica confidencial, médica en general,

terapia, así como información siquiátrica/psicológica/de abuso de drogas de cualquier expediente médico, tal y como lo permitan las leyes estatales, federales y locales, incluyendo pero no limitado a las siguientes: Estatutos de Florida 394.459, 381.004, y 395.3025; Código de Evidencia de Florida 90.503, 90.5035, y 90.5036; Ley HIPAA, y el Código de Reglamentos Federales (CFR) Título 42. Doy mi consentimiento para que mi participación mínima en encuestas on-line o por escrito se use para mejorar el programa que me provee servicios. Entiendo que mis archivos son confidenciales. Renuncio a ese privilegio para el fin implícito en esta autorización.

Entiendo que la información confidencial divulgada, recibida o usada por JWB, basado en esta autorización, no se divulgará adicionalmente a terceras personas sin mi consentimiento por escrito o de lo contrario permitida o requerida por la ley aplicable en este caso. Sin embargo, JWB y sus agentes, basado en esta autorización, pueden usar la información confidencial de identificación personal recibida para investigaciones, siempre y cuando los resultados de las investigaciones se reporten en su totalidad en un formato no identificable, lo que significa que no se revelará ninguna información que me identifique como individuo. Excepto, JWB no divulgará los archivos protegidos por el CFR Título 42 con ningún agente de JWB.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, es posible que JWB haya usado esta autorización antes de recibir mi revocación y que JWB haya actuado basándose en esta autorización. Si no revoco mi autorización, ésta automáticamente terminará en un (1) año a partir del último día que reciba los servicios de este programa, o con respecto a la información usada en una investigación, esta autorización termina al concluir dicho proyecto de investigación. Por medio de mi firma reconozco que di mi consentimiento como se indica arriba libre y voluntariamente, y sin coerción alguna, y que recibí una copia de esta autorización firmada por mí en la fecha indicada abajo.

 (Nombre en letra de molde)

 Fecha efectiva

 Firma del participante o participantes
 Representante autorizado (marque uno):
 Participante Padre Guardián
 Representante Personal (Documentos
 legales requeridos)

 (Nombre en letra de molde)

 Fecha efectiva

 Firma del participante o participantes
 Representante autorizado (marque uno):
 Participante Padre Guardián
 Representante Personal (Documentos
 legales requeridos)

(Nombre en letra de molde)

Fecha efectiva

Firma del participante o participantes

Representante autorizado (marque uno):

- Participante Padre Guardián
- Representante personal (Documentos legales requeridos)

(Nombre en letra de molde)

Fecha efectiva

Firma del participante o participantes

Representante autorizado (marque uno):

- Participante Padre Guardián
- Representante personal (Documentos legales requeridos)

Firma del testigo

Fecha



**Juvenile Welfare Board of Pinellas
County**

14155 58th Street North, Suite 100
Clearwater, FL 33760
Phone: 727-453-5600
Fax: 727-453-5610
www.jwbpinellas.org

Declaración escrita con el propósito de solicitar el número de seguro social de los participantes de los programas y servicios financiados por JWB

El Juvenile Welfare Board (JWB) invierte en colaboraciones, innovación, y defensa del bienestar infantil para fortalecer a los niños y las familias del condado de Pinellas. La visión de JWB es que todos los niños en el condado de Pinellas tengan una vida más exitosa y satisfactoria gracias a los esfuerzos de JWB y sus colaboradores. JWB fue establecido bajo decreto del estado de la Florida en 1945 (Acta Especial 2003-320: F.S. §189.429) y aprobado unánimemente por los votantes en un referéndum en 1946. JWB fue fundado con la misión de proveer servicios necesarios para los niños y las familias en el condado de Pinellas. JWB financia servicios para niños y familias en el condado de Pinellas.

El propósito de este documento es proveer información escrita sobre como JWB utiliza los números de Seguro Social que recopila. La ley de Registro Público del estado de la Florida [Fla. Stat. §119.071(5)] requiere que JWB le provea esta información a los participantes de los programas financiados por esta entidad.

La ley del estado de la Florida permite a JWB recopilar los números de Seguro Social para cumplir con sus deberes bajo la ley (Fla. Stat. §119.071(5) (a) 2a. (II); Special Act 2003-320: F.S. §189.429). Específicamente, es imperativo que JWB recopile los números de Seguro Social para realizar investigaciones, financiar servicios, y asegurar que todos los servicios son de la más alta calidad.

Adicionalmente, la recopilación de los números de Seguro Social es necesario para:

- Identificar y relacionar individuos y datos con investigaciones, y así mejorar los servicios para niños y familias
- Coordinar servicios
- Recibir reembolso de Medicaid por la provisión de servicios cuando aplica

Los números de Seguro Social recopilados por JWB se mantienen en forma confidencial y son exento de divulgación como es autorizado bajo la ley (Fla. Stat. §119.071) (5) (a) 5.). JWB sigue las normas más altas de seguridad. Todo reporte producido por JWB provee información acerca de los servicios en general. Nunca se identifica a una persona específica de ninguna forma en un reporte sin que JWB primero obtenga el consentimiento escrito de tal persona.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Nombre del padre/tutor legal
(Si el participante es menor de 18 años)

Firma del padre/tutor legal
(Si el participante es menor de 18 años)

Fecha

Nombre de participante

Firma de participante

Fecha

Nombre del padre/tutor legal
(Si el participante es menor de 18 años)

Firma del padre/tutor legal
(Si el participante es menor de 18 años)

Fecha


Directions for Living
LIFE GETS BETTER HERE.
**FORMULARIO DE
TARIFA FINANCIERA**

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 #: _____