



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 el uso de la inteligencia aumentada y la inteligencia artificial (IA) puede ser utilizado como herramienta para apoyar diversos aspectos de la práctica clínica, como la documentación o el resumen de información clínica que se almacenará electrónicamente en mi historial médico y para facilitar la toma de decisiones clínicas acertadas; sin embargo, dicho uso requiere supervisión humana y mi médico responsable es quien debe revisar y aprobar toda la documentación generada mediante inteligencia aumentada o IA para verificar su exactitud antes de que se archive electrónicamente en mi historial médico
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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 cliente que está recibiendo los servicios.
Rellene la siguiente información sobre todas las personas que viven en el hogar del cliente.

Miembro del Hogar	Género	Relación con el cliente	Raza / origen étnico	FDN	Educación Alcanzada	Idioma	ciudadanía S / N?	Empleado S / N?	Estado Civil	For Office Use Only: Service Activity
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Cliente					<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S		
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Madre					<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N		
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Padre								
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Tutor								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Cliente					<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S		
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Madre					<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N		
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Padre								
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Tutor								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Cliente					<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S		
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Madre					<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N		
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Padre								
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Tutor								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Cliente					<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> S		
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Madre					<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N		
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Padre								
SS#	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hermano								
	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Tutor								

Nombre del Cliente: _____ Cliente #: _____

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;

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.

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

**Autorización y Consentimiento para compartir, recibir y usar información confidencial
por la Junta de Bienestar Juvenil del Condado Pinellas (JWB)**

Yo, _____ (nombre del

participante(s)) reconozco que soy participante de _____
(nombre del programa o servicio). Reconozco que la Junta de Bienestar Juvenil del Condado Pinellas (“JWB”) proporciona fondos que hacen posible el programa o servicio en el que participo. También reconozco que, para asegurar que todos los servicios brindados a los participantes sean de la más alta calidad posible, JWB puede revisar información sobre mí y sobre dichos servicios.

Al firmar esta autorización, indico que entiendo y acepto que mi información confidencial puede estar contenida en un sistema de recolección de datos de JWB, y que este sistema está exento de divulgación según la Ley de Registros Públicos de Florida. Esto significa que, por ley, JWB no puede compartir información identificable individualmente sobre mí ni los servicios que recibo (Estatuto de Florida §119.071). Esta información se utilizará únicamente para fines administrativos y de evaluación de los servicios proporcionados por JWB. Reconozco que, según sea necesario para llevar a cabo los propósitos aquí mencionados, JWB puede revisar toda la información sobre mí, incluyendo mi expediente de participante y toda otra información relacionada conmigo en poder de la agencia que ofrece el programa o servicio, sin importar si esa información está ingresada en un sistema de recolección de datos de JWB. Además, reconozco que JWB simplemente almacena y revisa sus registros solo como pagador de servicios. Por lo general, JWB no presta servicios directos, aunque en algunas ocasiones puede facilitar la prestación de estos servicios. Reconozco además que JWB no me proporciona diagnósticos médicos y que JWB no es una entidad cubierta según la definición de HIPAA (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud).

Autorizo a JWB a utilizar mi información confidencial para verificar mi elegibilidad para servicios o programas financiados; facilitar la prestación de servicios; efectuar pagos por servicios recibidos en programas o servicios financiados; controlar la calidad de los servicios o programas financiados; realizar investigaciones basadas en evidencia de servicios o programas financiados por JWB, incluyendo, entre otros, el seguimiento de resultados de programas y servicios financiados, y la determinación de futuros servicios/programas financiados por JWB. Entiendo que la información confidencial divulgada, recibida o utilizada por JWB relacionada con mi autorización no será divulgada a ninguna otra parte sin mi consentimiento expreso por escrito, o salvo que sea permitido o requerido por la ley aplicable, a menos que se presente en un informe grupal en formato desidentificado, lo que significa que no se revela información que me identifique como individuo.

Reconozco que esta autorización cubre toda la información sobre mí, incluyendo, pero no limitado a, información personal identificable; información de salud protegida; información médica general; consejería general; así como información psiquiátrica/psicológica; de tratamiento por uso de sustancias; de mi expediente médico; cualquier información sobre la realización de pruebas; resultados de esas pruebas; detección del desarrollo relacionado con el alcohol; abuso de alcohol y

drogas; consejería y tratamiento, según lo permitido por todas las leyes estatales, federales y locales, incluyendo, pero no limitado a: Estatutos de Florida 394.459, 381.004, y 456.057; Código de Evidencia de Florida 90.503, 90.5035, y 90.5036; HIPAA, y el Código de Regulaciones Federales (CFR) Título 42, Parte 2. Entiendo que mis registros tienen un estado privilegiado y confidencial. Acepto que JWB utilice información confidencial para los fines mencionados en este documento. Esta autorización permite que JWB utilice mi información confidencial exclusivamente para la prestación de servicios médicos, consejería y tratamiento, así como para cumplir con requisitos legales y regulatorios.

Firmo esta autorización de manera voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, la negativa a firmar no impide el uso o divulgación de información confidencial, incluyendo información de salud protegida, que de otro modo está permitida por ley sin mi autorización específica. Negarme a firmar esta autorización no afectará mi acceso ni mi participación en el programa o servicio mencionado arriba.

Entiendo que tengo derecho a cancelar mi autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, JWB podría haber tomado acciones basadas en esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación de esta autorización. Puedo cancelar esta autorización presentando una solicitud por escrito en el mismo lugar donde la otorgué. Esta cancelación no aplicará a las acciones tomadas antes de la misma. También comprendo que, una vez compartida mi información confidencial según esta autorización, podría ser utilizada o compartida nuevamente y dejar de estar protegida por las leyes de privacidad.

Si no retiro mi autorización, esta terminará automáticamente en los siguientes casos: 1) Un año después de mi última participación en el program; 2) Cuando se utilice mi información para investigación o revisión de calidad, como auditorias internas o evaluaciones, por JWB o personas autorizadas; 3) Al finalizar el último proyecto de investigación o revisión de calidad, lo que ocurra más tarde..Al firmar a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin ningún tipo de coacción, y que he recibido una copia de esta autorización, firmada por mí en la fecha indicada a continuación.

Firma del testigo

Fecha

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante autorizado del participante (marque uno):

☐ Participante ☐ Padre/madre ☐ Tutor/a
☐ Representante personal (Se require documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante
autorizado del participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre/madre ☐ Tutor/a
☐ Representante personal (Se require
documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante
autorizado del participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre/madre ☐ Tutor/a
☐ Representante personal (Se require
documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante
autorizado del participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre/madre ☐ Tutor/a
☐ Representante personal (Se require
documentos legales)

(Escriba el nombre del participante)

Fecha de vigencia

Firma del participante o representante
autorizado del participante (marque uno):
☐ Participante ☐ Padre/madre ☐ Tutor/a
☐ Representante personal (Se require
documentos legales)

**DESTINATARIOS DE LA INFORMACIÓN DIVULGADA DE CONFORMIDAD CON ESTA
AUTORIZACIÓN: TENGA EN CUENTA QUE ESTÁ EstrictAMENTE PROHIBIDO
DIVULGAR NUEVAMENTE DICHA INFORMACIÓN SIN EL CONSENTIMIENTO EXPRESO Y
POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL, SALVO QUE LA LEY
APLICABLE LO PERMITA EXPRESAMENTE. EL TÍTULO 42 DEL CÓDIGO DE
REGLAMENTOS FEDERALES, PARTE 2, PROHÍBE LA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADA DE
ESTOS REGISTROS.**



FORMULARIO DE TARIFA FINANCIERA

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____ Cliente #: _____

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

☐ Comercial **Nombre del Seguro:** _____

Ingreso total anual del hogar: \$ _____

Número total de personas mantenidas por los ingresos anuales: _____

Tipo de verificación de ingresos proporcionada (si corresponde):

☐ Talones de pago ☐ desempleo ☐ W2/ 1099
☐ Carta de apoyo ☐ seguridad social ☐ Autoinformado
☐ Otro: _____

Firma del Cliente/Padre o Tutor

Fecha

Team Member Signature

Date

**New FFF to be completed when there are coverage changes, or at minimum annually (except TANF which is every 30 days)*

****SUBMIT COMPLETED FORM TO reimbursement2@directionsforliving.org**

To be completed by reimbursement department (reviewed with client)

Sliding Fee Scale Eligible: ☐ Yes ☐ No

Flat Rate: \$ _____ OR %: _____ Qualify for IDP (Adults only): ☐ Yes ☐ No

Calculated Fees (Copay, Coinsurance, Full-Fee, or Non-Par Provider):

Assessment: _____ (non-par) _____ Psych Eval (MD): _____ (non-par) _____
Counseling: _____ (non-par) _____ Psych Eval (APRN): _____ (non-par) _____
Group: _____ (non-par) _____ Med Management: _____ (non-par) _____

Notes: _____

Team member signature (attestation of review with client)

Date