



Public Health
Prevent. Promote. Protect.
Somerset County
Health Department

Departamento de Salud del condado de Somerset

8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871

443.523.1700

Fax 410.651.5680

Teléfono de texto 1-800-735-2258

Funcionaria de salud: Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera registrada (MS, RN, por sus siglas en inglés)

Red de Recuperación de Maryland (MDRN) Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD) Servicios de Apoyo al/a la Cliente/a

Teléfono 443-523-1700 Fax 410-651-3189

Complete este formulario y el/los formulario(s) de autorización de la persona

1. Nombre del/de la cliente/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nro. del

Seguro Social: _____ Sexo: M / F Raza: _____

Diagnóstico de consumo de sustancias: _____ **Dirección:** _____

____ Nro. de teléfono: _____

____ Condado: _____

Cantidad de adultos/as en la vivienda (**indique los nombres**) _____

____ Cantidad de niños/as en la vivienda

(**indique los nombres**) _____

2. ¿En la actualidad, la persona es cliente de la Coordinación de Cuidados del Estado? Sí _____ No _____

3. ¿En la actualidad, la persona es cliente del Sistema Público de Salud Conductual? Sí _____ No _____

Prestador/a médico/a por abuso de sustancias: _____

¿Cuánto tiempo lleva el/la cliente/a en tratamiento por abuso de sustancias y cumple con las citas y el plan de tratamiento? (*Breve descripción*) _____

¿El/la cliente/a tiene Asistencia Médica? Nro. de Asistencia Médica _____ Sí _____ No _____

¿El/La cliente/a ha solicitado Asistencia Médica? Sí _____ No _____

Fecha de la solicitud _____

¿El/La cliente/a tiene Medicare? Sí _____ No _____

¿El/La cliente/a no está asegurado/a (Área gris) y está registrado/a como tal en el Sistema Público de Salud Mental (PMHS, en inglés)? Sí _____ No _____

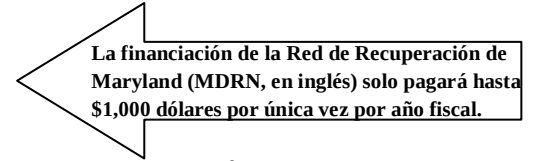
Nro. de identificación del Área gris: _____

4. ¿Qué asistencia se solicita? Proporcione una breve descripción de la asistencia necesaria:

¿La persona (vivienda) es capaz de pagar por este(os) artículo(s)? Sí _____ No _____

¿Existe algún otro recurso que podría haber pagado por este(s) artículo(s)? Sí _____ No _____

Importe total solicitado en dólares: \$ _____



5. Si el/la cliente/a solicita la cobertura de un costo recurrente, proporcione detalles específicos de por qué el/la cliente/a no puede cubrir el(los) costo(s) por sí mismo/a y cómo planea presupuestar esta necesidad en el futuro.

Tenga en cuenta todos los ingresos y gastos mensuales, así puede documentar la necesidad de asistencia económica: Los ingresos DEBEN exceder los gastos o la solicitud será rechazada.

Total de ingresos mensuales de la vivienda:		Gastos:	
Salarios	\$	Alquiler	\$
Asistencia (SSI, SSDI, TDAP, TCA, Cupones de alimentos)	\$	Electricidad	\$
Otros: (manutención infantil, ayuda económica, ingresos por alquiler)	\$	Gas/propano/calefacción	\$
Total	\$	Teléfono/Celular	\$
		Cupones de alimentos	\$
		Costo de los alimentos (aparte de los cupones de alimentos)	\$
		Factura de agua	\$
		Transporte (pago/seguro del vehículo, autobús, taxi)	\$
		Televisión por cable/Internet	\$
		Otro	\$
		Total	\$

6. El cheque debe extenderse a nombre de: (no puede hacerse a nombre del/de la cliente/a) Nombre: _____
Dirección: _____
Nro. de teléfono: _____

Los cheques solo pueden emitirse a nombre de una empresa que preste servicios al/la consumidor/a.

7. Mencione todas las agencias con las que se ha contactado y anote el motivo de la aprobación/el rechazo.
Se requiere un mínimo de 3 agencias.

Nombre de agencia:	Persona de contacto:	Nro. de teléfono:	Motivo de rechazo:
1.			
2.			
3.			

Firma del/de la representante de la agencia: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Nro. de teléfono/Ext.: _____

Nombre de agencia: _____ Nro. de fax: _____

Asegúrese de que la lista de verificación esté completa antes de enviar la solicitud
(marque el casillero con un tilde)

- ☐ Será necesario completar en su totalidad una autorización de divulgación de información por separado para cada agencia/empresa para que la LBHA pueda llamarla para analizar la solicitud.
- ☐ Si usted no es el/la proveedor/a de atención por abuso de sustancias (SUD, en inglés), ¿ha incluido una autorización de divulgación de información para el/la proveedor del tratamiento del/de la cliente/a?
- ☐ ¿Ha incluido una copia de la factura de servicios públicos, aviso de pago de alquiler vencido o documentos de desalojo?
- ☐ ¿Ha incluido evidencia de todos los ingresos mensuales de la vivienda (recibos de pago, Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, en inglés] u otro tipo de carta de beneficios)?
- ☐ ¿Ha incluido una copia de la receta o solicitud de laboratorio si corresponde?
- ☐ Si solicita Asistencia de Farmacia por favor proporcione una copia de la receta(s). Aviso - La LBHA puede asistir con la medicación por un trastorno de salud conductual que apoya la administración de una medicación relacionada con un trastorno de salud conductual.
- ☐ Todas las secciones de esta solicitud se han completado en su totalidad y se adjunta la documentación de respaldo.
- ☐ ¿Ha incluido una copia del plan de tratamiento o recuperación de la persona?

SOLO PARA USO DE LA LBHA

Aprobado	☐	Importe		Rechazado	☐	Fecha:	
Comentarios:							
Firma:				Firma:			
Director/a / Persona designada del Departamento de Salud				Coordinador/a de la LBHA			



Departamento de Salud del condado de Somerset
8928 Sign Post Road, Suite 2, Westover, Maryland 21871
443.523.1700 · Fax 410.651.5680 · Teléfono de texto 1-800-735-2258
Funcionaria de salud Danielle Weber, máster en Ciencias, enfermera registrada
(MS, RN, por sus siglas en inglés)

Autorización para la divulgación de información confidencial

Nombre del/de la cliente/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nro. de identificación del/de la paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Nro. de teléfono: _____

Por la presente autorizo al Departamento de Salud del condado de Somerset a: ☒ Obtener ☒ Divulgar información a / de:

La siguiente información de mis registros (especifique el alcance o la naturaleza de la información que desea obtener o divulgar):

El propósito de esta divulgación autorizada es:

Entiendo que mis registros de tratamiento por consumo de alcohol o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes con Abuso de Drogas, la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, en inglés) de las Partes 160 y 164 del Título 45 del C.F.R. Esta normativa le prohíbe divulgar la información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que se refiere o según se especifique en la normativa. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente a tal efecto. Las normas federales pueden restringir cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya actuado de acuerdo con dicho documento, y que en cualquier caso este consentimiento expira automáticamente de la siguiente manera:

Condiciones para el intercambio de información autorizada

Expiración: Esta autorización expirará un año después de la fecha de firma, a menos que se especifique a continuación por fecha o acontecimiento inferior a un año:
Fecha:

_____/_____/_____ Evento o condición:

DERECHO DE REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito, pero no con carácter retroactivo a la divulgación de información ya realizada de buena fe. UTILICE EL ESPACIO A CONTINUACIÓN SOLO SI EL/LA CLIENTE/A RETIRA SU CONSENTIMIENTO.

Fecha de revocación de la autorización por parte del/de la cliente/a: ____/____/_____ Firma del/de la cliente/a:

DIVULGACIÓN POSTERIOR: Se prohíbe a cualquier persona o agencia que reciba información sobre un/a cliente/a del Departamento de Salud del condado de Somerset divulgar el historial médico. Esto está prohibido según lo dispuesto en el Código Anotado de Maryland 4-303(b)(5)(ii).

FOTOCOPIA/FACSIMIL: Un fotocopia o facsímil de esta autorización se considera tan eficaz y válida como el original.

Fecha: _____

Firma del/de la cliente/a: _____

Fecha: _____

Firma del padre, de la madre o tutor: _____

Fecha: _____

Testigo de la firma: _____