

# Servicios de Salud Conductual y Mental



One Community Health

One Community Health ofrece ahora servicios de salud conductual y mental en las dos escuelas secundarias del distrito escolar del condado de Hood River:

- Escuela secundaria Wy'East los martes.
- Escuela secundaria Hood River los miércoles.

Nuestra esperanza es que, al llevar los servicios de salud mental a la escuela, todos los jóvenes tengan acceso al apoyo que necesitan sin que el transporte, el costo y el tiempo fuera de la escuela se conviertan en obstáculos.

## ¿Cómo inscribo a mi hijo en los servicios?

Llame al Centro de Salud Escolar (SBHC) al (541) 308-8345 y hable con nuestro coordinador. Ellos pueden ayudarle con el proceso de inscripción y programación de citas. También puede solicitar una cita en línea utilizando el código QR.



Antes de poder programar la primera cita con un proveedor de salud conductual (BHP), será necesario completar los siguientes formularios y enviarlos por fax al (541) 256-4208 o llevárlas al SBHC:

Formularios	¿Qué es esto?	Notas
<input type="checkbox"/> Registro para Pacientes Nuevos	Un formulario con información básica sobre el estudiante, los padres y el seguro médico.	El número de teléfono debe ser el número de contacto preferido del tutor/padre.
<input type="checkbox"/> Consentimiento para Divulgar Información Médica Verbalmente	Permite que las personas designadas sean informadas de la información sobre las citas como las fechas y las horas.	Para incluir: <input type="checkbox"/> El personal de HRCSD
<input type="checkbox"/> Solicitud para el programa de descuentos por escala móvil	Garantiza que los pacientes reciban servicios gratuitos o de bajo costo.	Por favor, incluya solo el nombre del estudiante/paciente y firme al final.
<input type="checkbox"/> Formulario para menores no acompañados	Permite que se atienda al estudiante sin la presencia de los padres (si es menor de 14 años).	

## ¿Qué es un proveedor de salud conductual (BHP)?

Un proveedor de salud conductual (BHP, por sus siglas en inglés) es un profesional de la salud mental acreditado que cuenta con formación especializada en la conexión entre la mente y el cuerpo para abordar el bienestar general de una persona. Los BHP pueden ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para manejar eficazmente las dificultades emocionales o conductuales, como la ira, la ansiedad, el dolor, la depresión y el estrés. Los BHP también pueden ayudar a motivar a los pacientes a realizar cambios en su estilo de vida, como mejorar los hábitos de sueño, aumentar el ejercicio físico y mejorar las relaciones interpersonales con familiares, compañeros y profesores.

## ¿Cómo son las citas?

La primera cita, o cita inicial, es entre usted, su hijo y el BHP. Esta cita garantiza que todos comprendan las necesidades de su hijo y los siguientes pasos para su atención. Es probable que el proveedor de salud conductual le haga preguntas específicas sobre inquietudes y comportamientos emocionales y físicos. Esta cita durará aproximadamente entre 30 y 40 minutos. Al final de la cita, el BHP proporcionará una breve evaluación y un plan de tratamiento.

Lo ideal es que esta primera cita sea en persona. Sin embargo, también podemos coordinar una cita virtual a través de MyChart. Después de la cita inicial, se programarán citas de seguimiento para su hijo, en las que trabajará individualmente con un BHP, lo que le ayudará a realizar cambios positivos y mejorar su bienestar emocional.

Como parente/tutor de su hijo, le pedimos que esté disponible para que el BHP se comunique con usted ocasionalmente. Esto permite que el proveedor de salud conductual brinde actualizaciones y aborde cualquier inquietud que haya surgido durante las citas en la escuela.

---

## **¿A dónde acuden los estudiantes para su visita?**

El día de la cita, la oficina de Consejería/Asistencia escolar recogerá a su hijo de su clase a la hora programada para la cita. La cita tendrá lugar en una oficina designada dentro de la escuela.

## **¿Qué pasa si se sienten molestos después de la sesión?**

Entendemos que, en ocasiones, la consejería puede despertar emociones difíciles. Los profesionales de salud conductual colaborarán con la oficina de consejería de la escuela para garantizar que su hijo tenga el tiempo y el apoyo que necesita hasta que esté listo para regresar a clase de manera segura.

## **¿Cómo pueden los tutores esperar ser incluidos?**

¡Es muy importante contar con el apoyo de los tutores durante este proceso! Hacemos todo lo posible para involucrar a los tutores en el cuidado del paciente. Al inicio de los servicios, los profesionales de salud conductual y el tutor hablarán sobre las expectativas con respecto a la participación del tutor.

## **¿Qué pasa si necesito cancelar una cita?**

Puede cancelar o reprogramar su cita llamando o enviando un mensaje de texto al 541-308-8345. Haga todo lo posible por cancelar dentro de las 24 horas antes de la hora de su cita.

Los tutores y/o pacientes también recibirán un mensaje de texto de recordatorio el día antes de la cita programada.

## **¿Cómo funciona la facturación de este servicio?**

Si tiene seguro, preferimos facturar la visita al seguro médico. OCH acepta los planes de seguro médico de Medicaid de Oregón y Washington, Medicare y planes de seguro médico privados. Si su seguro requiere copagos y estos son inasequibles o suponen un obstáculo para recibir los servicios, asegúrese de completar el formulario de inscripción en el Programa de descuentos.

Les recomendamos a todas las personas que no tienen seguro médico que se inscriban en el seguro Medicaid. Si cumplen con los requisitos, esto les garantiza que podrán recibir la atención médica, dental y de salud conductual que necesitan con un costo mínimo. Es posible que califique para este tipo de cobertura secundaria a su cobertura primaria. One Community Health cuenta con Especialistas de Apoyo al Paciente que pueden ayudarle a aplicar para la cobertura de Medicaid para su familia. Llame o envíe un mensaje de texto al (541) 386-6380 para obtener ayuda bilingüe con la solicitud del seguro; este servicio está disponible para todos los miembros de la comunidad.

Si no tiene seguro médico, OCH ofrece un descuento por escala móvil basado en el tamaño de la familia y los ingresos. Nunca se rechazará a ningún paciente por no poder pagar.

## **¿Tiene más preguntas?**

Comuníquese con el equipo del Centro de Salud Escolar al (541) 308-8345.

# Registro para Pacientes Nuevos



One Community Health

## Acerca de ti

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Idioma preferido
Dirección Postal (Correo)	Ciudad, Estado, Código Postal	Género	
Dirección Física (si es diferente)	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono Móvil	Número de Teléfono de Casa
Correo Electrónico		Mejor número para llamar: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa	

## Persona responsable/garante (si es diferente de lo anterior)

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Idioma preferido
Dirección Postal (Correo)	Ciudad, Estado, Código Postal	Relación con el paciente	
Dirección Física (si es diferente)	Ciudad, Estado, Código Postal	Número de Teléfono Móvil	Número de Teléfono de Casa
Correo Electrónico		Mejor número para llamar: <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa	

## Información sobre el Seguro Médico

Seguro Principal	Número de Póliza	Seguro Secundario	Número de Póliza		
Nombre del suscriptor/Nombre del asegurado	Número de Grupo	Nombre del suscriptor/Nombre del asegurado	Número de Grupo		
Fecha de nacimiento del Suscriptor	Fecha de Inicio de la Póliza	Fecha de Vencimiento	Fecha de nacimiento del Suscriptor	Fecha de Inicio de la Póliza	Fecha de Vencimiento

# Consentimiento para Divulgar Información Médica Verbalmente



One Community Health

One Community Health (OCH) solo divulgará la información médica protegida (PHI) según lo permitido por las leyes de confidencialidad del paciente. OCH se reserva el derecho de utilizar o divulgar la PHI del paciente sin su consentimiento en la medida en que lo permita la legislación aplicable, incluyendo, entre otros, los usos o divulgaciones identificados en el Aviso de prácticas de privacidad de OCH.

## Paciente

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)
----------	--------	----------------------------------

## Números de teléfono autorizados

Yo autorizo al personal de OCH a dejar mensajes de voz breves en los siguientes números de teléfono:

Número(s) de teléfono

## Persona(s) autorizada(s)

Yo autorizo al personal de OCH a compartir mi información médica protegida (PHI) con las siguientes personas:

Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono
Personal de Consejería/Asistencia del Distrito escolar del condado de Hood River	Escuela del Paciente	

Cierta información no puede divulgarse sin la autorización específica exigida por la legislación estatal o federal. Al marcar las casillas específicas que aparecen a continuación, usted autoriza la divulgación de la siguiente información protegida a los familiares o amigos que aparecen en la lista anterior:

- Diagnósticos, pronósticos y tratamientos de salud mental
- Diagnósticos, pronósticos y tratamientos por consumo de sustancias
- Información sobre el embarazo
- Virus del VIH/SIDA
- Enfermedades de transmisión sexual

## Autorización

- Entiendo que esta autorización es válida mientras sea paciente de OCH o revoque mi autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero que la revocación de esta autorización no se aplicará a la información ya divulgada.
- Esta autorización permite la comunicación verbal (tanto en persona como por teléfono) entre OCH y la(s) persona(s) designada(s) en este formulario.
- No permite que se divulguen copias de los registros médicos..
- Este formulario no es válido a menos que esté firmado y fechado.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación del Representante Personal

# Solicitud para el programa de descuentos por escala móvil



## One Community Health

Para ayudarle, contamos con un programa de descuentos. Para poder determinar si usted califica, proporcíonenos la siguiente información, junto con una prueba de ingresos. Las pruebas de ingresos más comunes son:

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impuestos del año pasado      | <input type="checkbox"/> Registros de autoempleo | <input type="checkbox"/> Asistencia pública | <input type="checkbox"/> Fondos de pensiones       |
| <input type="checkbox"/> Formulario W-2 del Empleador  | <input type="checkbox"/> Seguro Social/ SSI      | <input type="checkbox"/> Discapacidad       | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Últimos talones de cheque (2) | <input type="checkbox"/> Compensación laboral    | <input type="checkbox"/> Desempleo          | <input type="checkbox"/> Subvención / Beca         |

Proporcione información sobre su hogar \*Proporcione un comprobante de domicilio para los miembros del hogar mayores de 18 años.

¿A cuántas personas mantiene este ingreso? Utilice el número de personas que viven en el mismo hogar y que comparten los ingresos, la comida y el alquiler. Ese número puede incluirle a usted, a su cónyuge y/o a cualquier persona a su cargo.

Nombre	Fecha de Nacimiento
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	

### FOR OFFICE USE ONLY

All fields must be completed. Attach all proof(s) of income to this application. Run two tapes on calculator and attach to form.

Verified annual income	
# in household	
Discount level	
Proof of income	
Received by	
Approved by	
Date entered	
Chart #	
Account #	

Approved by (Welcome Team Mgr or Billing) Date

### Autodeclarado sin hogar / Sin ingresos (válido para UNA SOLA VISITA)

¿Cómo estás recibiendo comida y refugio?

---

---

Si se declara sin hogar, marque todas las opciones que correspondan a su situación actual:

- En parques / en calles / debajo de puentes
- Vivir en un vehículo
- Hotel / Motel
- Quedarse con otras personas, sin pagar renta
- Acampar/viajar sin ingresos
- Recientemente encarcelado

**Es importante saber que este programa de OCH no es un seguro médico.**

### Autorización

Al firmar, usted confirma que la información proporcionada es correcta y autoriza a One Community Health (OCH) a verificar su situación financiera. Esta preaprobación requiere documentos de verificación de ingresos en un plazo de 30 días para poder optar al descuento por escala móvil. Si no se proporcionan o se deniegan, usted será responsable del pago total de la visita.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

## **Proceso de solicitud de descuento por escala móvil**

Una vez que haya completado su solicitud de descuento por escala móvil y reunido la información requerida (verificación de ingresos y prueba de domicilio para todas las personas mayores de 18 años en el hogar), entregue toda la documentación en la recepción de cualquier clínica de OCH. Debería recibir una carta por correo dentro de las tres semanas informándole si su solicitud fue aprobada, rechazada o si se requiere información adicional.

## **Preguntas Frecuentes**

**¿Quién debe firmar esta solicitud?** La persona que es responsable económicoamente del saldo de la cuenta. Todos los demás miembros de la familia que viven en el hogar pasarán a estar bajo la cuenta del contribuyente principal.

**¿Qué pasa si hay otros adultos viviendo en la casa conmigo?** Necesitamos la verificación de ingresos y el comprobante de domicilio de todas las personas mayores de 18 años que viven en el hogar (hijos adultos, tíos, abuelos, etc.).

**¿Qué pasa si mi hijo adulto estaba en mi cuenta pero se ha mudado?** Asegúrese de notificar a nuestro personal de recepción si necesita eliminar a alguien de su cuenta. Le pedimos que nos proporcione la dirección actual de esa persona para poder crearle su propia cuenta.

**Vivo con compañeros de casa, ¿necesita saber sus ingresos?** No, y no podrá añadirlos a su solicitud a menos que incluya la información sobre sus ingresos.

**Vivo con mi familia, ¿debo incluir sus ingresos?** Sí, normalmente se comparten las finanzas con los miembros de la familia que viven en el mismo hogar. La elegibilidad se basa en el hogar. Si tiene alguna circunstancia atenuante, póngase en contacto con nosotros.

**¿Qué puedo usar como comprobante de domicilio?** Puede usar una factura de servicios públicos o cualquier otra factura que incluya su nombre y domicilio como comprobante de ingresos. No puede usar sus facturas de LabCorp o One Community Health como comprobante de domicilio.

**¿Qué pasa si acabo de empezar un nuevo trabajo y no tengo mis dos últimos talones de pago?** Comuníquese con nuestro Departamento de Facturación para analizar las opciones.

**¿Qué pasa si no tengo ingresos?** Si no tienes ingresos (salario por empleo, seguridad social, desempleo, etc.), puedes llenar una declaración (un formulario en el que explicas tu situación).

**¿Qué pasa si no tengo vivienda?** Puede presentar una solicitud única marcando la casilla “Sin hogar” en el formulario.

**¿Qué pasa si cambia mi situación económica o de ingresos?** Usted es responsable de notificar al Departamento de Facturación cualquier cambio que sea necesario realizar. De lo contrario, podría perder su descuento.

**¿Cuánto tiempo dura mi descuento?** Un año a partir de la fecha en que se activa. Usted será responsable de volver a solicitarlo antes o después de esa fecha para continuar con su descuento.

## **información de contacto**

Llame a nuestra línea principal al (541) 386-6380 y siga las instrucciones hasta llegar al buzón de voz de descuentos por escala móvil. Nuestro departamento de facturación se pondrá en contacto con usted en un plazo de tres días laborables.

# Consentimiento general para evaluar y tratar a menores no acompañados para servicios de salud conductual



One Community Health

Yo, \_\_\_\_\_, Autorizo a One Community Health a evaluar y dar tratamiento a  
(nombre del parente/tutor, en letra de molde)

mi hijo/a menor de edad, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ cuando no  
(nombre del menor, en letra de molde) (fecha de nacimiento del menor)

esté acompañado para recibir servicios de salud conductual brindados en HRCSD.

## Al autorizar que mi hijo reciba una evaluación y tratamiento de salud conductual:

- ACEPTO participar en una cita inicial y en chequeos periódicos con el proveedor de salud conductual, ya sea por teléfono o en persona. Las citas posteriores se programarán una vez que se haya completado la cita inicial.
- ENTIENDO que debo proporcionar un número de teléfono válido y actual para fines de verificación y comunicación.
- ENTIENDO que puedo cancelar esta solicitud por escrito. Si la cancelo, no afectará a ninguna acción que One Community Health haya tomado ya en base a esta autorización.

Firma del Paciente/Representante

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación del representante personal