



**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 410-621-5739 Fax 410-621-5426

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:

---



---

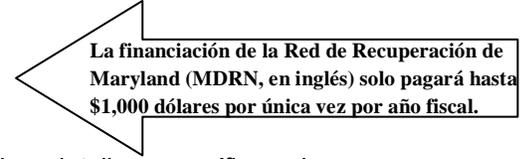


---

¿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.

<b>Total de ingresos mensuales de la vivienda:</b>		<b>Gastos:</b>	
Salarios	\$	Alquiler	\$
Asistencia (SSI, SSDI, TDAP, TCA, Cupones de alimentos)	\$	Electricidad	\$
Otros: (manutención infantil, ayuda económica, ingresos por alquiler)	\$	Gas/propano/calefacción	\$
<b>Total</b>	<b>\$</b>	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	\$
		<b>Total</b>	<b>\$</b>

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: \_\_\_\_\_