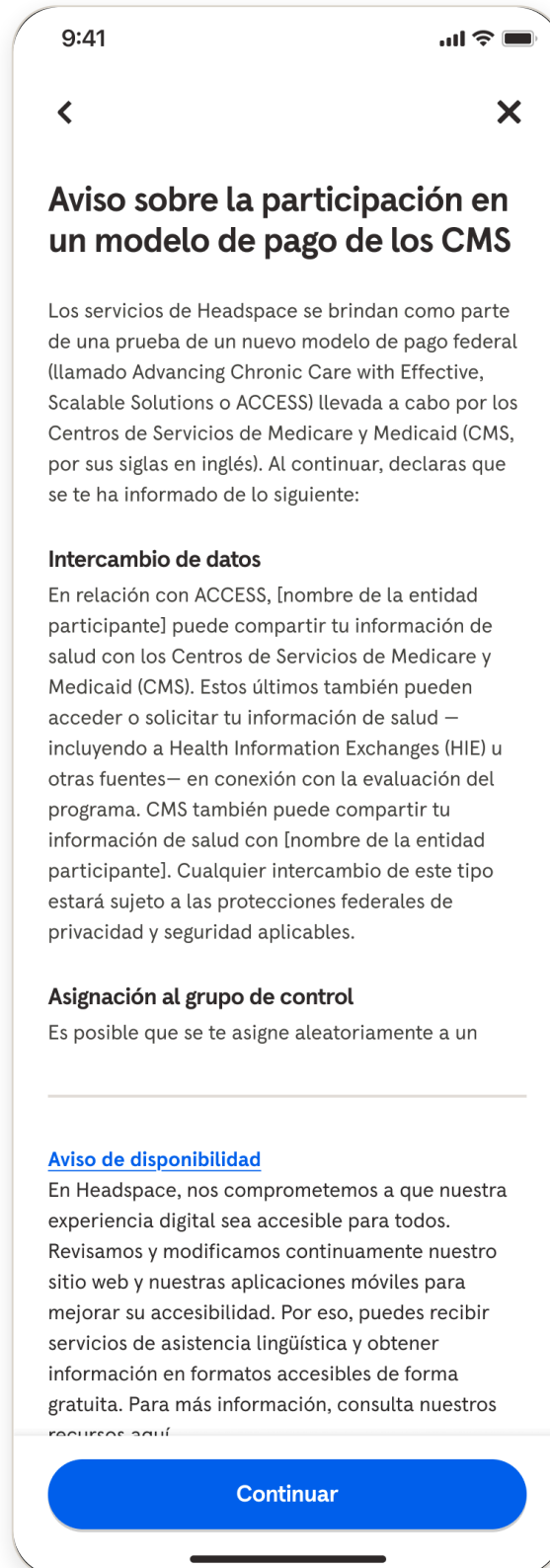


## Notice Regarding Participation in a CMS Payment Model



# Care policies

9:41

<

X

## Políticas de atención

Lee nuestros términos a continuación.

**Consentimiento informado clínico**

Aquí se explica y se solicita tu consentimiento para recibir servicios clínicos de nuestros proveedores.

>

**Política de responsabilidad económica**

Aquí se explican las obligaciones de pago, la cobertura del seguro y los procesos de facturación vinculados con la obtención de atención.

>

**Aviso de prácticas de privacidad de la**

-----

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad](#).

☐

Declaro que he leído estas políticas en su totalidad y acepto someterme a los términos y condiciones que contienen. Estoy autorizado a firmar estas políticas y entiendo y acepto que mi firma electrónica tiene el mismo efecto que mi firma manuscrita.

Continuar

# Health & Safety Screening Questions

A mobile application interface for a health and safety screening questionnaire. The screen has a blue header with a back arrow, a status bar showing 9:41, and signal/battery icons. The questionnaire consists of four questions, each with two radio button options: 'Sí' (Yes) and 'No'. The questions are: 1. '¿Estás embarazada?' (Are you pregnant?), 2. '¿Te han diagnosticado demencia o algún deterioro cognitivo?' (Have you been diagnosed with dementia or any cognitive decline?), 3. '¿Tuviste psicosis o alucinaciones en los últimos 6 meses?' (Did you have psychosis or hallucinations in the last 6 months?), and 4. 'En las últimas 2 semanas, ¿pensaste en hacerte daño?' (In the last 2 weeks, did you think about harming yourself?). At the bottom, there are two buttons: 'Atrás' (Back) and 'Siguiente' (Next). A green progress bar is visible above the navigation buttons.

9:41

<

¿Estás embarazada?

Sí

No

¿Te han diagnosticado demencia o algún deterioro cognitivo?

Sí

No

¿Tuviste psicosis o alucinaciones en los últimos 6 meses?

Sí

No

En las últimas 2 semanas, ¿pensaste en hacerte daño?

Sí

No

Atrás Siguiente

## Health & Safety Screening Questions (cont'd)

9:41

<

En las últimas 2 semanas, ¿pensaste en hacerte daño?

Sí

No

¿Estás inscrito en un programa de una Clínica Comunitaria Certificada de Salud Conductual (Certified Community Behavioral Health Clinic (CCBHC))?

Sí

No

¿En este momento estás recibiendo servicios de hospicio o estás inscrito en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE))?

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad](#).

Atrás

Siguiente

# Well-Being Assessment (PHQ-9 / GAD-7 style questions)

---

9:41

<

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sentiste ansiedad, nerviosismo o tensión?

☐ Nunca

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia no pudiste dejar de preocuparte o controlar tu preocupación?

☐ Nunca

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you worried too much about different things?

☐ Nunca

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you had trouble relaxing?

☐ Nunca

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you been so restless that it was hard to sit still?

*This resource continues onto the next page.*

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you felt easily annoyed or irritable?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often did you feel afraid as if something awful might happen?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often do you have little interest or pleasure in doing things?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you felt down, depressed or hopeless?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you had trouble falling or staying asleep, or sleeping too much?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you felt tired or had little energy?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you had a poor appetite or been overeating?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you felt bad about yourself - or that you are a failure or have let yourself or your family down?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you had trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last 2 weeks, how often have you been moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite - being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Over the last two weeks, how often have you had thoughts that you would be better off dead

or of hurting yourself?

☐ Nunca

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

---

☒ **Cómo usamos tu información**

Al continuar con esta evaluación, entiendo que Headspace recopilará y usará información sobre mi salud y doy mi consentimiento para que lo haga. Si te inscribiste para recibir atención con Headspace, tu coach o profesional clínico podría ver los resultados de este cuestionario. Puedes encontrar más información en nuestro Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA.

☒ **Evaluaciones aprobadas por médicos**

Estas preguntas provienen de evaluaciones validadas científicamente, como el Cuestionario de Salud del Paciente o la Escala de Estrés Percibido, herramientas que los profesionales de salud mental usan habitualmente para entender cómo se siente una persona. Su función no es etiquetarte, sino ayudarnos a apoyarte mejor.

---

## Well-Being Assessment (cont'd)

9:41

<

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia pensaste en hacerte daño?

Nunca

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

✓ **Cómo usamos tu información**

Al continuar con esta evaluación, entiendo que Headspace recopilará y usará información sobre mi salud y doy mi consentimiento para que lo haga. Si te inscribiste para recibir atención con Headspace, tu coach o profesional clínico podría ver los resultados de este cuestionario. Puedes encontrar más información en nuestro Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA.

✓ **Evaluaciones aprobadas por médicos**

Estas preguntas provienen de evaluaciones validadas científicamente, como el Cuestionario de Salud del Paciente o la Escala de Estrés Percibido, herramientas que los profesionales de salud mental usan habitualmente para entender cómo se siente una persona. Su función no es etiquetarte, sino ayudarnos a apoyarte mejor.

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad](#).

Atrás Sigüiente

## Well-Being Assessment (cont'd)

9:41

<

En las últimas dos semanas, ¿pensaste en quitarte la vida?

Sí

No

✓

Cómo usamos tu información

Al continuar con esta evaluación, entiendo que Headspace recopilará y usará información sobre mi salud y doy mi consentimiento para que lo haga. Si te inscribiste para recibir atención con Headspace, tu coach o profesional clínico podría ver los resultados de este cuestionario. Puedes encontrar más información en nuestro Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA.

✓

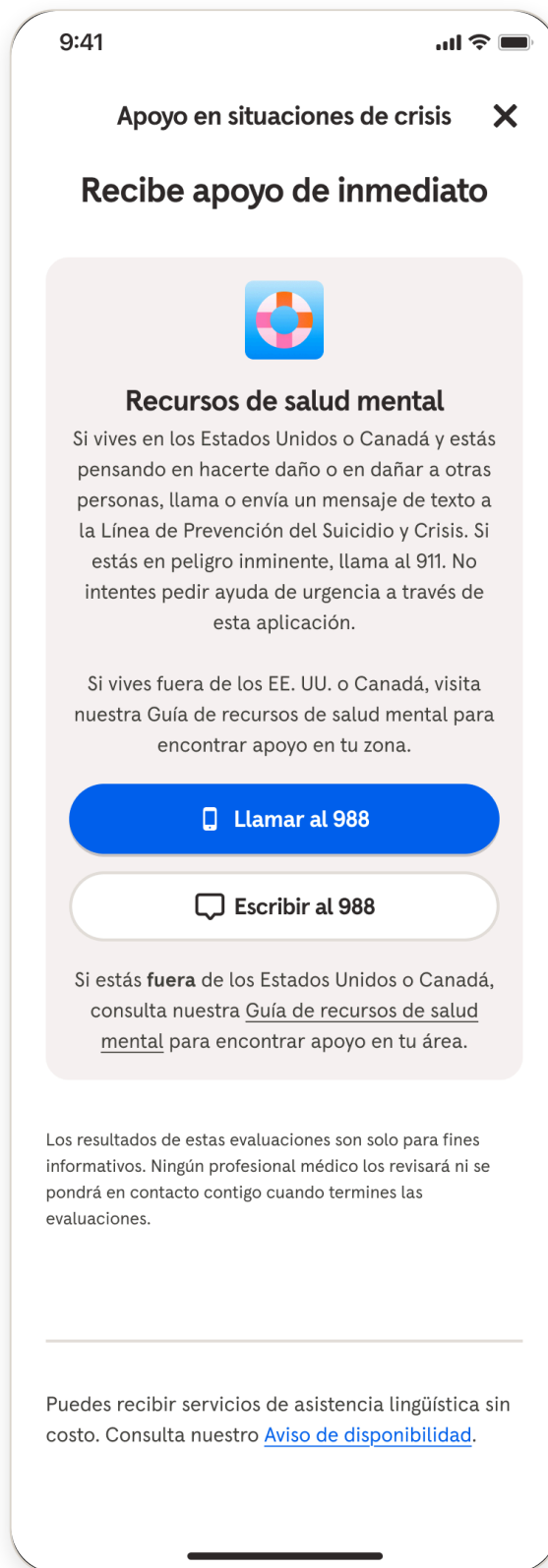
Evaluaciones aprobadas por médicos

Estas preguntas provienen de evaluaciones validadas científicamente, como el Cuestionario de Salud del Paciente o la Escala de Estrés Percibido, herramientas que los profesionales de salud mental usan habitualmente para entender cómo se siente una persona. Su función no es etiquetarte, sino ayudarnos a apoyarte mejor.

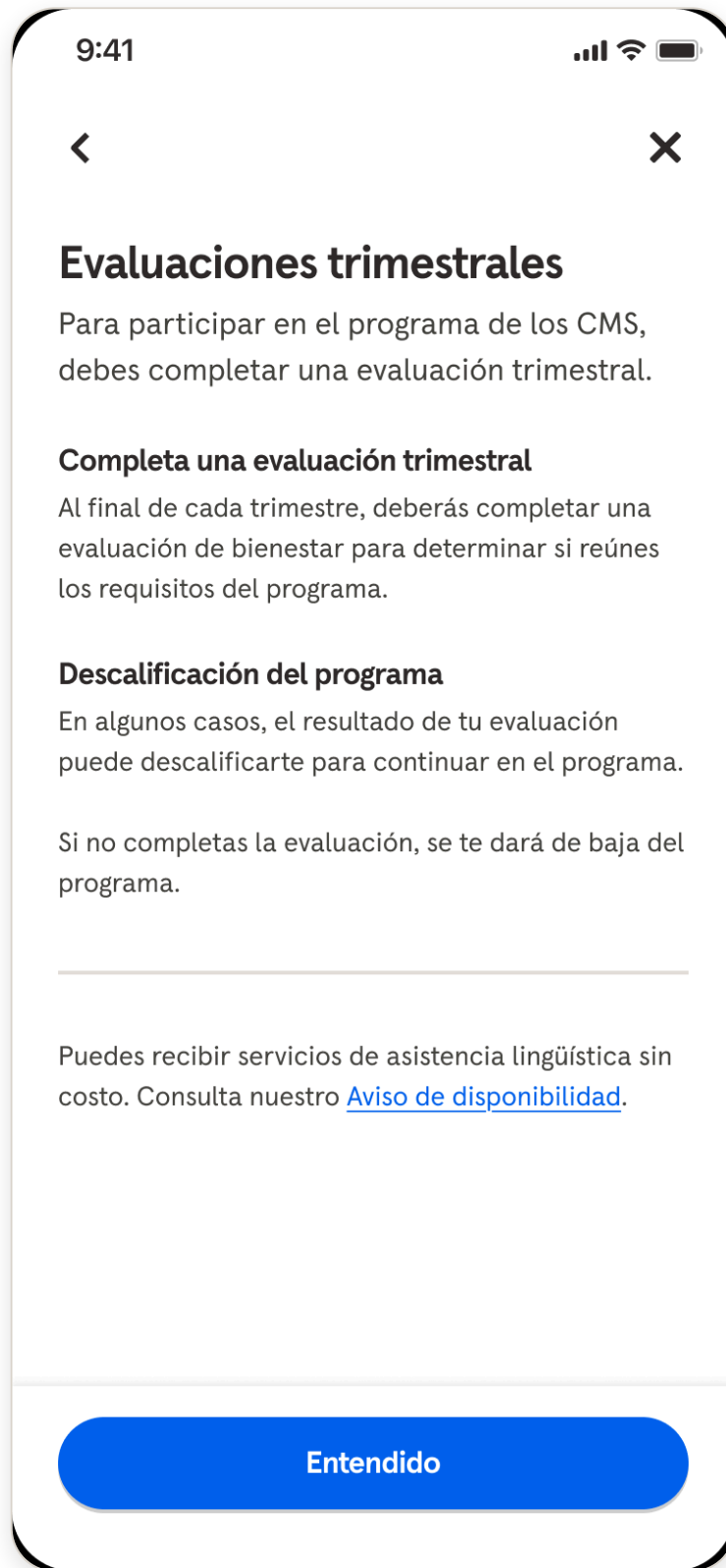
Atrás

Siguiente

# Crisis Support



# Quarterly Assessments



## CMS data sharing consent

9:41

X

## Consentimiento para el intercambio de datos con los CMS

En relación con ACCESS, Headspace podría enviar información sobre tu salud a los CMS. Los CMS también podrían acceder a información sobre tu salud y solicitarla (por ejemplo, a través de Intercambios de Información de Salud [HIE, por sus siglas en inglés u otras fuentes]) en el marco de la evaluación del programa. Cualquier intercambio de información de este tipo está sujeto a las protecciones federales de privacidad y seguridad correspondientes.

### Envío de información a tu equipo de atención

El Modelo ACCESS está pensado para complementar tu atención médica actual. Con tu consentimiento, Headspace enviará de forma proactiva información actualizada sobre tu atención (por ejemplo, sobre el avance de tu tratamiento, hitos clínicos importantes y cualquier cambio significativo en tu afección) a tu médico de atención primaria y otros miembros de tu equipo de atención designado.

La información se envía a través de métodos electrónicos seguros y conformes con la HIPAA, como un Intercambio de Información de Salud (HIE, por sus siglas en inglés) o un servicio de mensajería directa seguro. Solo enviaremos información a médicos que te brinden atención y que pueden verificarse mediante un directorio médico fiable.

Tienes derecho a rechazar este intercambio de información con tu equipo de atención. Si decides no dar tu consentimiento para el intercambio, la obligación de Headspace de enviar la información quedará plenamente satisfecha y tu participación en el Modelo ACCESS no se verá afectada de ninguna manera.

Si das tu consentimiento ahora y luego cambias de opinión, comunícalo con nosotros y actualizaremos tu preferencia.

### Registros de tratamiento por consumo de sustancias

La ley federal (específicamente, 42 C.F.R. Parte 2) establece protecciones especiales más estrictas para los registros relacionados con el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés). Estas protecciones son independientes de la HIPAA y su objetivo es garantizar que no se pueda divulgar información sobre el tratamiento por consumo de sustancias sin tu autorización directa y explícita por escrito.

---

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin

☐ Al tocar este botón, confirmo que he leído estas políticas en su totalidad y acepto someterme a los términos y condiciones que contienen.

Continuar

# Consent to enroll

9:41

<

X

## Consentimiento para inscribirte

Los servicios de Headspace se brindan como parte de una prueba de un nuevo modelo de pago federal (llamado Advancing Chronic Care with Effective, Scalable Solutions o ACCESS) llevada a cabo por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Al inscribirte, o vincularte, con [Participant Name] para recibir los servicios de ACCESS, reconoces lo siguiente:

**Vinculación voluntaria.**

Tu vinculación con Headspace en el modelo ACCESS es completamente voluntaria. No tienes la obligación de vincularte con Headspace, y tu decisión no afectará tus beneficios de Medicare.

**Derecho a darte de baja (desvinculación)**

Puedes finalizar tu vinculación con Headspace (y, si lo deseas, vincularte con otro proveedor de atención médica participante) en cualquier momento a partir de los 90 días posteriores a la fecha de vinculación inicial.

**Un proveedor por área clínica.**

Puedes vincularte con un solo proveedor de atención médica participante por área clínica de ACCESS a la vez. Sin embargo, puede que te correspondan varias áreas clínicas al mismo tiempo. En ese caso, puedes vincularte con el mismo proveedor en varias áreas o con un proveedor distinto en cada área en la que tengas una de las afecciones contempladas. Consulta la página web del Modelo ACCESS para ver la lista de áreas clínicas y políticas relacionadas.

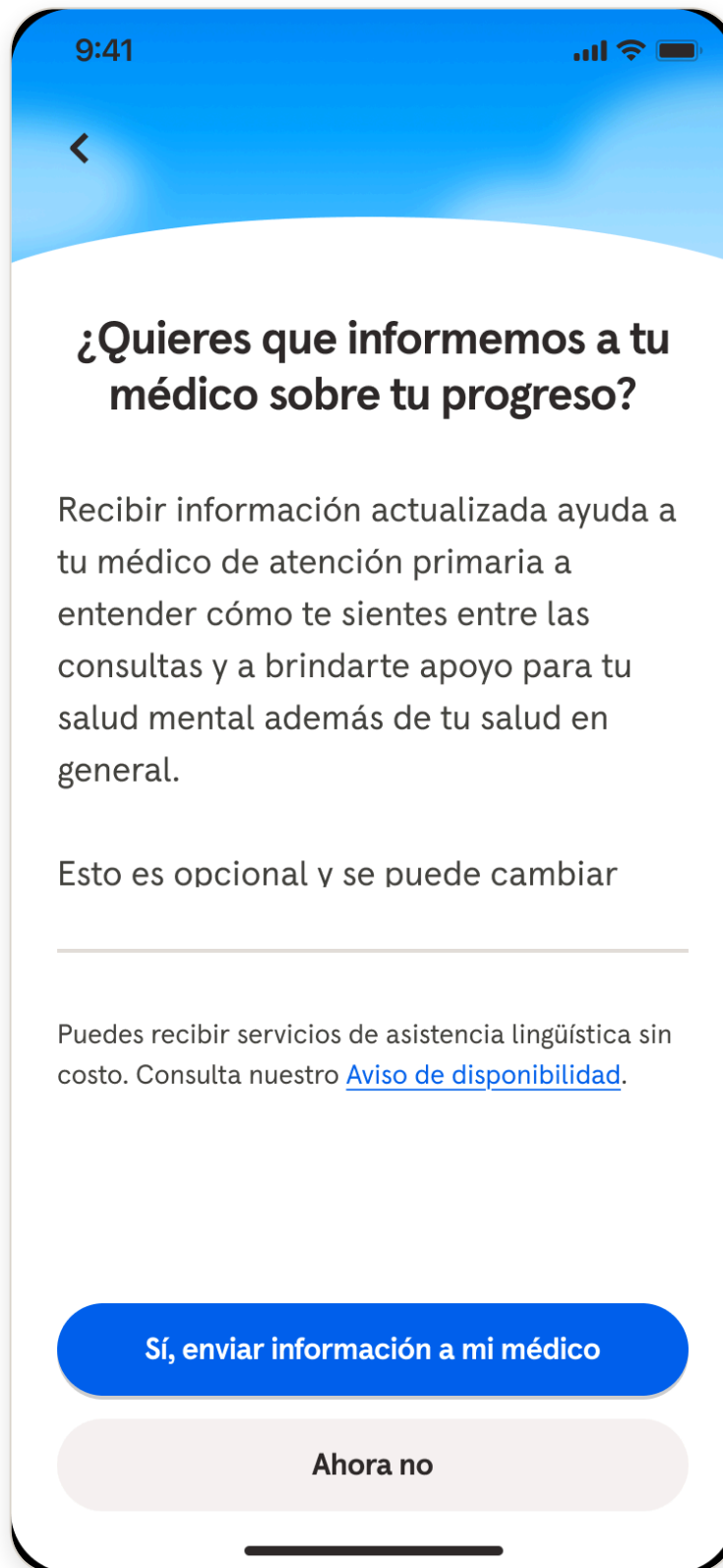
Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad](#).

☐ Al tocar este botón, confirmo que he leído estas políticas en su totalidad y acepto someterme a los términos y condiciones que contienen.

Continuar

## Share progress with your doctor?

---



# Who's your doctor?

9:41

## ¿Quién es tu médico?

Les enviaremos información actualizada sobre tu progreso. Puedes cambiar este ajuste en cualquier momento en Configuración.

Nombre del médico de atención primaria

Apellido del médico de atención primaria

Ciudad

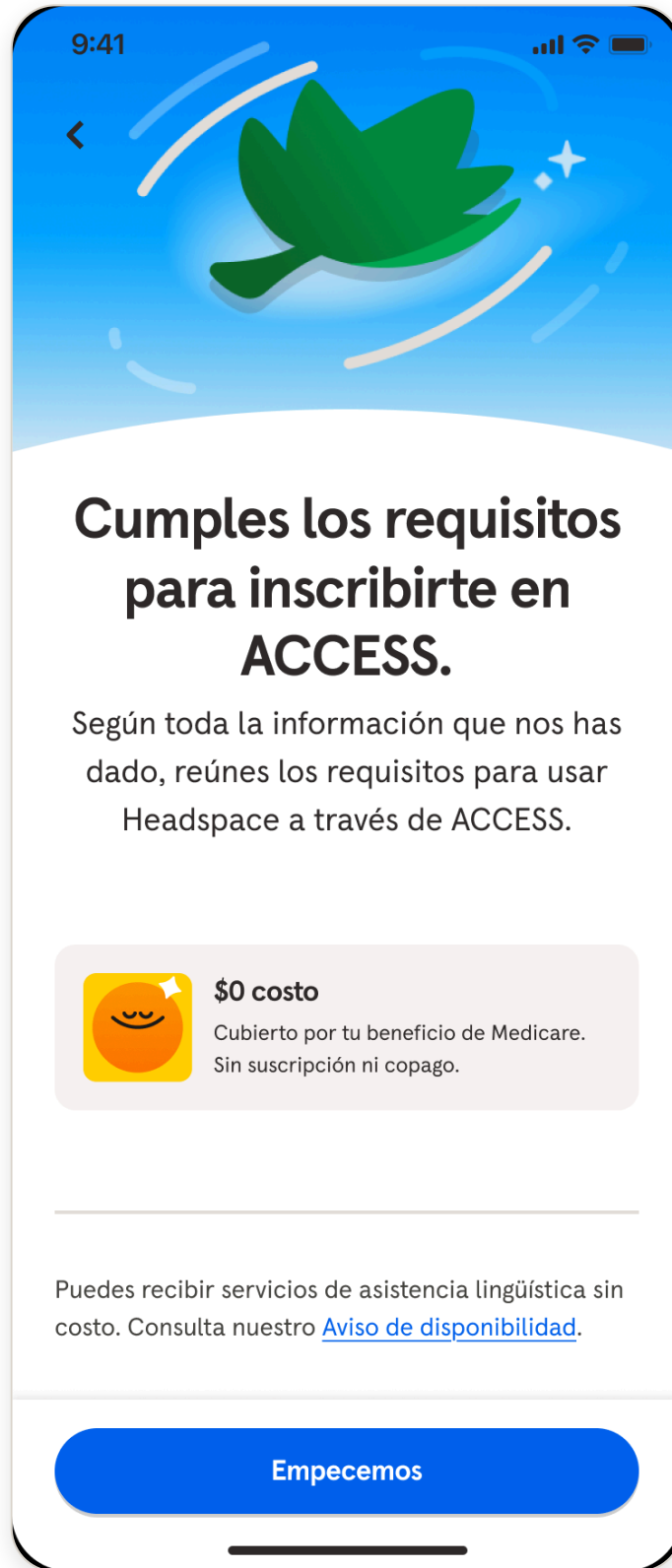
Estado

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad](#).

☐ Al tocar este botón, acepto que se envíe información actualizada sobre mi atención a mi médico de atención primaria y a otros miembros de mi equipo de atención designado.

Continuar

**You're eligible for ACCESS.**



## Program switch

9:41





### Cambio de programa

**Al inscribirme en este programa, reconozco y acepto lo siguiente:**

Elijo voluntariamente inscribirme en Headspace y entiendo que, al hacerlo, se me dará de baja de mi programa actual.

Entiendo que, una vez que me inscriba en Headspace, no podré volver a mi programa anterior ni a ningún otro programa durante un período de 90 días a partir de mi fecha de inscripción.

---

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad](#).

☐

He leído y entiendo lo anterior, y doy mi consentimiento para inscribirme con estos términos.

Continuar

# Patient Global Impression of Change

9:41

Impresión General del Paciente  
sobre el Cambio

X

Desde que empezó el estudio, mi estado  
general:

Mejóroó muchísimoo

☐

Mejóroó muchoo

☐

Mejóroó un pocoo

☐

No ha cambiado

☐

Empeoróó un pocoo

☐

Empeoróó muchoo

☐

Empeoróó muchísimoo

☐

Puedes recibir servicios de asistencia lingüística sin  
costo. Consulta nuestro [Aviso de disponibilidad.](#)

Continuar