

Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

E-Fax: (855) 616-0829

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MEDICAL CENTER | DOWNTOWN/WESTSIDE | SOUTHSIDE |
| 9500 Tioga Drive | 700 S. Zarzamora | 102 Palo Alto Rd., Suite 300 |
| San Antonio, Texas 78230 | San Antonio, Texas 78207 | San Antonio, Texas 78211 |
| 210-616-0828 | 210-375-4593 | 210-922-0828 |

CONFIDENTIAL CLIENT INFORMATION

Welcome to our practice. Please fill out the following questions as completely as possible.

PLEASE PRINT OR WRITE LEGIBLY.

|  |
| --- |
| ***Demografia*** |
| **Nombre del Cliente:** | **Fecha:**  |
| **Dirección Actual** **Calle:****Cuidad/Estado:****Codigo Postal:** | **# de Telefono:** **-** **-           Correo Electronico:** |
| **Fecha de Nacimiento**  | **Estado Legal/Civil:** |
| **Nation/Tribe/Ethnicity:** |  |
| **Idioma Principal de Cliente:** **Fuente de Referencia:** **Contacto de Emergencia:** | **Secundario:** |
| **Telefono:** |
| **Telefono:** |

|  |
| --- |
|  ***Relaciones de Familia*** |
| **El cliente tiene hijos?** |
| **Nombre** | **Edad** | **Fecha de Nacimiento** | **Sexo** | **Custodia? S/N** | **Vive con?** | **Información Adicional** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Quien mas vive con el Cliente? (Incluso esposo(a), pareja, hermanos, padres, otros parientes, amigos)** |
| **Nombre** | **Edad** | **Sexo** | **Relación** | **Información Adicional** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Idioma principal del hogar / familia:** | **Secundario:** |

|  |
| --- |
| ***FAMILY HISTORY*** |
| **Family History of (select all that apply): (X)** |
|  | **Madre** | **Padre** | **Hermanos** | **Tia** | **Tio** | **Abuelos** |
| **Abuso de Alcohol/Sustancias** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Intento de suicidio** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Historial de Tratstorno Mental** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Depresion** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Esquizofrenia** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Trastorno Bipolar** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Alzheimer’s** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Ansiedad** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Trastorno por deficit de atención/hiperactividad** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Trastorno de aprendizaje** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Problemas de Comportamiento Escolar** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Encarcelamiento** | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Otros**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| **Commentos:**  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Populación Critica (seleccione todo lo que aplica)** |
| **Fuente de Recursos** | **Residencia** | **Participación Jurídica** |
| **[ ]  Recipiente de Food Stamp** | **[ ]  Sin residencia permanente**  | **[ ]  Servicios de Protección(APS/CPS)** |
| **[ ]  Recipiente de TANF** | **[ ]  Residente en un Refugio** | **[ ]  Servicios Ordenados por la Corte** |
| **[ ]  Recipiente de SSI** |  | **[ ]  En Libertad a Prueba** |
| **[ ]  Recipiente de SSDI** |  | **[ ]  En Libertad Condicional**  |
| **[ ]  Recipiente de SSA (jubilación)** |  | **[ ]  Excarcelación Anticipada** |
| **[ ]  Ingreso de Jubilación** | **Disabilidad** | **[ ]  Monitoreo Mandatorio** |
| **[ ]  Recipiente de Medicaid** | **[ ]  Incapacidad física** |  |
| **[ ]  Recipiente de Medicare** | **[ ]  Trastorno Mental Severo** | **Otros** |
|  | **[ ]  Deshabilitado para el Desarollo** | **[ ]  Embarazada** |
|  |  | **[ ]  Mujer con dependientes** |

|  |
| --- |
| ***Funcionamento Físico*** |
| **Alergias (Medicamento Y Otro):** |
| **Condiciones Medicas:** |
| **Medicamentos actuales (incluyen suplementos de hierbas, vitaminas y de venta libre):** |
| **Medicamentos Pasados:** |
| **Historial Medico incluyendo hospitalización/tratamientos residencial (Incluir todos los tratamientos de hospitalización y/o ambulatorios incluyendo psiquiátrico hospitalizado, consejeria ambulatoria):** |
| **Fechas** | **Hospitalizado/Ambulatorio** | **Lugar** | **Razón** | **descargadoS/N** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Cirujias:** |
|

|  |
| --- |
| **Cuestionario de Dolor** |
| **Tratmiento del dolor: Estas experimentando dolor ahora?** **[ ]  Si** **[ ]  No****Si es así, indica el dolor en la escala entre 1-10 (con el 10 siendo el mas severo)** **Estas recibiendo tratamento para el dolor?** **[ ]  Si** **[ ]  No** |

 |

|  |
| --- |
| ***Nutrición*** |
| **Appetito: [ ]  Bueno [ ]  Medio [ ]  Bajo, por favor explica** |
| **[ ]  Recientemente Perdida/Aumento de peso significativo** | **[ ]  Necesidades Dietéticas Especiales** |
| **[ ]  Alergias de Comidas** |  |
| **Commentos:** |  |

|  |
| --- |
| ***SOCIAL*** |
| **Red Social de Apoyo? (Indica el red social usando la escala con 1 Debil a 5 Fuerte)** |
| **Familia Inmediata** |  | **Familia Extendida** |  |
| **Amigos** |  | **Escuela** |  |
| **Trabajo** |  | **Communidad** |  |
| **Religión** |  | **Otro** |  |
| **Comment:** |  |  |  |
| ***Situación de Vivienda*** |
| **[ ]  Vivienda Adecuada** | **[ ]  Housing Dangerous** | **[ ]  Barrio del Estado**  **Tribunal Tribal** | **[ ]  Dependiente de Otros** |
| **[ ]  Vivienda Sobrepopulada** | **[ ]  Encarcelamiento** | **[ ]  Encarcelamiento** | **[ ]  En Riesgo de Quedarse**  **sin Hogar** |
| **Información Adicional:** |  |  |  |
| ***Empleo: Estas Trabajando Actualmente?*** |
| **[ ]  Si** | **Empleador**  | **Empleo: Estas Trabajando Actualmente?** |
| **[ ]  Satisfecho** | **[ ]  Insatisfecho** | **[ ]  Conflicto de Supervisores** | **[ ]  Conflicto de Compañero de Trabajo** |
| **[ ]  No** | **Ultimo Empleador:** | **Razón Para Irse:** |
| **[ ]  Nunca Empleado** | **[ ]  Discapacitado** | **[ ]  Estudiante** | **[ ]  Historial de trabajo Inestable** |
| ***Situación Economica:*** |
| **Presencia o ausencia de difficultades financieras: (Las opciones abajo son opionales)** |
| **[ ]  Ningun Problema Actual Sobre Finanzas [ ]  Deudas Grandes [ ]  Conflicto de Relaciones****[ ]  Gastos impulsivos [ ]  En o por debajo de la pobreza [ ]  Dificultades Financieras**  |
| ***Fuente de Ingresos (seleccione todo lo que aplica)*** |
| **Empleado:**  **[ ]  Completo hora [ ]  Tiempo parcial** **[ ]  Estacional [ ]  Temporal** **[ ]  Idependente** | **Desempleado:** **[ ]  Buscando Trabajo** **[ ]  No esta buscando trabajo** | **[ ]  Asistencia Pública**  |
| **[ ]  Jubilación** | **[ ]  SSD** | **[ ]  SSDI** | **[ ]  SSI** |
| **[ ]  Discapacidad Medica del Empleador** | **[ ]  Otros:** |
| ***Historial Militar:*** |
| **[ ]  Nunca se enlisto en las fuerzas armadas, O****[ ]  Rama de Servicio** | **Combat:** **[ ]  Si [ ]  No**  | **Tipo de Alta:** **[ ]  Honorable [ ]  Medical l****[ ]  Deshonroso [ ]  Otro** |
| ***SEXUAL ORIENTATION*** |
| **[ ]  Heterosexual****[ ]  Homosexual****[ ]  Ninguna a este punto** | **[ ]  Bisexual****[ ]  Transgénero****[ ]  Commento:** |

|  |
| --- |
| ***Estatus Legal*** |
| **Pasado o Actual Problemas legales (seleccione todo lo que aplica)?** |
| **[ ]  Ninguna** **[ ]  Arrestos****[ ]  Carcel** | **[ ]  Pandillas****[ ]  Convicción****[ ]  violación de libertad condicional** | **[ ]  DUI/DWI****[ ]  Detención****[ ]  Otro:** |
| **En caso afirmativo, a cualquiera de los anteriores, por favor explicar:** |
| **Algun tratamiento ordenado por la corte?** **[ ]  Si (explique a continuación )** **[ ]  No** |
| **Ordenado por** | **Ordenado por** | **Ordenado por** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Educación*** |
| **Nivel educativo (seleccione una):**  **[ ]  Menos de 12 años – escribe años completado [ ]  Alguna Universidad o Escuela Tecnica** |
| **[ ]  Desconocido [ ]  Graduado de la Escuela Secundaria [ ]  Graduado de la Universidad** |
| **Si sigues asistiendo, actual Escuela/Grado:** |
| **Escuela Vocacional/Area de Habilidad:** |
| **Universidad/Escuela Graduada – Años Completados/Titulo:** |
| **Ocio & Recreación** |
| **Cual de las siguientes opciones disfrutas (seleccione todo lo que aplica)** |
| **[ ]  Pasar Tiempo con Amigos** | **[ ]  Deportes/Ejercicio** |
| **[ ]  Clases** | **[ ]  Bailar** |
| **[ ]  Tiempo con la familia** | **[ ]  Pasatiempos** |
| **[ ]  Trabajar Medio-Tiempo** | **[ ]  Viendo Television/Peliculas** |
| **[ ]  Ir al “Centro”** | **[ ]  Quedarse en Casa** |
| **[ ]  Escuchar Musica** | **[ ]  Pasar timepo en bars/clubs** |
| **[ ]  Ir a Casinos** | **[ ]  Otros:** |
| **Que limita el ocio de cliente/actividades recreacionales?** |

 ***Evaluación Funcional***

|  |
| --- |
| **Utiliza o necesita dispositivos de asistencia o adaptables (seleccione todo lo que aplica):** |
| **[ ]  Ninguna** | **[ ]  Lentes** | **[ ]  Andador** | **[ ]  Braille** |
| **[ ]  Aparato Auditivo** | **[ ]  Bastón** | **[ ]  Muletas** | **[ ]  Silla de Ruedas** |
| **[ ]  Información Escrita Traducida** | **[ ]  Traductor para Hablar** | **[ ]  Otros:** |
| **[ ]  ¿Historia de caídas? [ ]  Si [ ]  No Explicar:** |
| ***Psicológico*** |
| **Historial de estado de animo deprimido [ ]  Si [ ]  No** |
| **Historial de irritabilidad, enojo o violencia (rabietas, herira otros, cruel con los animales, destruye la propiedad):** |
| **Patrón de Sueño: Numero de horas por dia:            Tiempo hasta el incio del sueño?** |
|  **[ ]  Normal [ ]  Durmiendo Demasiado [ ]  Durmiendo muy poco** |
|  **Capacidad para Concentrarse [ ]  Normal [ ]  Dificultad para concentrarse** |
|  **Nivel de Energia: [ ]  Bajo [ ]  Promedio/Normal [ ]  Alto** |
| **Antecedentes de síntomas/actuales de PTSD (TEPT) (re-experimentar, evitación, aumento de la excitación)? Seloccione todo lo que aplica** |
| **[ ]  Recuerdos intrusivos, pensamientos, percepciones** | **[ ]  Pesadillas** | **[ ]  Recuerdos** |
| **[ ]  Evitar pensamientos, sentimientos,conversaciones** | **[ ]  Adormecimiento** **Desprendimiento** | **[ ]  Visualización restringida de**  **emociones** |
| **[ ]  Evitando gente, lugares, actividades** | **[ ]  Mal sueño** | **[ ]  Irritabilidad** |
| **[ ]  Hipervigilancia** | **[ ]  Otros:** |

***Evaluación del Comportamiento***

|  |
| --- |
| **Abuso/Adición – Quimico & Conductal** |
| **Droga** | **Edad Primero****Used** | **Patrón reciente de uso****(Frecuencia & Cantidad, etc)** | **Fecha de Ultimo Uso** |
| **Alcohol** |  |  |  |
| **Cannabis** |  |  |  |
| **Cocaína** |  |  |  |
| **Stimulantes (cristal,** **Speed anfetamina)** |  |  |  |
| **Metanfetamina** |  |  |  |
| **Inhalantes****(Gas, Pegamento de Pintura)** |  |  |  |
| **Alucinógeno****LSD PCP Hongos** |  |  |  |
| **Opioides****(heroína Esteroide)** |  |  |  |
| **Sedantes/Hipnóticos****(Valium,Phenobarb)** |  |  |  |
| **Drogas de Diseño/Otros****(herbal, Esteroides,Jarabe para la tos)** |  |  |  |
| **Tabaco****(fumar, mascar)** |  |  |  |
| **Cafeína** |  |  |  |
| ***Consecuencias como resultado del consumo de Drogas y Alcohol (seleccione todo lo que aplica)*** |
| **[ ]  Resacas** | **[ ]  Temblores** | **[ ]  Desvanecimientos** | **[ ]  Juergas** |
| **[ ]  Sobredosis** | **[ ]  Aumento de Tolerancia****(necesita mas para drogarse)** | **[ ]  Sangrado gastrointestinal** | **[ ]  Enfermedad**  **Hepática** |
| **[ ]  Problemas de**  **Sueño** | **[ ]  Convulsiones** | **[ ]  Problemas de Relación** | **[ ]  Dejar la Escuela** |
| **[ ]  Despedido del**  **Trabajo** | **[ ]  DUIs (Manejando bajo la**  **influencia)** | **[ ]  Asaltos** | **[ ]  Arrestos** |
| **[ ]  Encarcelamientos** | **[ ]  Homicidio** | **[ ]  Otros:** |
| **Desencadenodores para usar (liste todos los que aplican** |
| **El cliente ha tenido alguno de los siguientes problemasen los comportamientos de juego/apostar? Seleccione todo lo que aplica:** |
| **[ ]  Apostando mas tiempo del planeado** | **[ ]  Apostar hasta el ultimo centado** |
| **[ ]  Perdida de sueño por pensar en apostar** | **[ ]  Usó ingresos o ahorros para apostar mientras dejaba que las****facturas no se pagaran** |
| **[ ]  Pedir dinero prestado para apostar** | **[ ]  Hizo intentos repetidos e infrutuosos de detener de jugar/apostar** |
| **[ ]  Estado arrepentido despues de jugar/apostar** | **[ ]  Infringiendo la ley o considerando violarla para financiar los juegos de azar** |
| **[ ]  Otros:** | **[ ]  Apostado para obtener dinero obligaciones financieros** |
| ***Toma de Riesgos/Comportamiento Impulsivo (pasado/actualq1) – Seleccione todos los que se aplican:*** |
| **[ ]  Sexo sin protección** | **[ ]  Robar/Hurto** | **[ ]  Manejar Imprudentemente** |
| **[ ]  Participación en Pandillas** | **[ ]  Tráfico de Drogas** | **[ ]  Cargando/Usando Armas** |
| **Toma de Riesgos/Comportamiento Impulsivo (pasado/actual) – Seleccione todos los que se aplican:** |
| **Fortalezas/Recursos (Indroduzca la puntación si está presente) 1Adecuado 2 Por encima la media 3Excepcional** |
|  | **Apoyo Familiar** |  | **Sistema de Apoyo Social** |  | **Estabilidad de la relación** |
|  | **Habilidad Intelectual/Cognitiva** |  | **Habilidades de Afrontamiento y Resiliencia** |  | **Habilidades de Crianza** |
|  | **Estabilidad Socioeconómica** |  | **Habilidades de Comunicación** |  | **Persipicacia Y sensibilidad** |
|  | **Madurez Y Juicio** |  | **Motivación para la Ayuda** |  | **Otros:** |

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Su seguro es un método para que usted reciba un reembolso por los honorarios que le haya pagado al médico por

los servicios prestados. Tener seguro no es un sustituto del pago. Muchas compañías tienen asignaciones o

porcentajes fijos basados en su contrato con ellos, no en nuestra oficina. Cualquier cantidad que nuestra oficina

reciba de la compañía de seguros, más allá de su deuda, se le reembolsará cuando su factura se pague por completo

o una vez que se verifique su copago al recibir una explicación de los beneficios / pagos de su proveedor

|  |
| --- |
| **Compañía de seguro primario**       |
| Subscrito/Titular de la póliza:       | Fecha de nacimiento:      -     -      | Relación :        |

|  |
| --- |
| **Subscrito/Miembro de la** **póliza**  **Dirección (Sies la misma escriba misma):** |
| CALLE :       | CIUDAD :       |  ESTADO :       | CODIGO POSTAL :       |
| Número de póliza:       | Número de grupo :       |
|  |
| **Compañía de Seguro Secundario**       |
| Subscrito/Titular de la póliza :        | Fecha de nacimiento :      -     -      | Relación :        |

|  |
| --- |
| Subscrito/Miembro de la póliza Dirección (Sies la misma escriba misma): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CALLE :       | CIUDAD :       | ESTADO :       | CODIGO POSTAL :       |
| Número de póliza :       | Número de grupo :       |

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**

Autorizo que se de toda la información necesaria para procesar las reclamaciones de mi seguro y la atención pertinente en esta oficina. Asigno todos los beneficios médicos y / o de salud mental, incluidos los principales beneficios médicos a los que tengo derecho a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. Esta asignación

permanecerá en vigencia hasta que yo la revoque por escrito. Una fotocopia de estos documentos debe considerarse tan válida como el original.

***Su firma es necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro y garantizar el pago de los servicios***

***prestados.***

**ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS.**

**HE LEÍDO ESTA INFORMACIÓN Y LA ENTIENDO.**

|  |
| --- |
| **Nombre del cliente:**  |
| Firma del Cliente:       |
| Firma del padre o tutor:       |
| **Relación:**  |
| **Fecha:** **7/14/2021** |

**ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD POR EL PAGO**

*NVBHA COPIA*

Yo, el que suscribe, entiendo y acepto pagar a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. antes de los servicios.

Entiendo que el copago bajo mi plan de seguro actual es $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, o el monto deducible de $ \_\_\_\_\_ en el cual mi

copago es $ hasta que se alcance el deducible y mi copago se reducirá, y el saldo restante será facturado a mi

proveedor de seguros, **y que seré responsable de cualquier saldo por servicios no cubiertos por mi plan de**

**seguro,** O que no usare los beneficios del seguro y las responsabilidades pago de este tratamiento sera de acuerdo a una escala con los ingresos que recibo.

**Entiendo que soy responsable de una tarifa de cancelación de $ 35, de sesiones de terapia canceladas con**

**menos de 24 horas de anticipación o si no me presento para una cita programada. El cargo / pago de cancelación se cargará a mi tarjeta de crédito registrada a menos que se hayan hecho otros arreglos.**

**Escribiendo mis iniciales aquí y firmando autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Assoc. Inc para mantener**

**mi firma en el archivo y cargar mi tarjeta por la tarifa de $ 35.** **/**

Cliente/Terapeuta Iniciales

**Cliente y Terapeuta - Por favor marcar sus iniciales en lo siguiente:**

     /\_\_\_Entiendo que el personal puede llamar para recordarme una cita; sin embargo, esto es un recordatorio de cortesía. Llamaré con anticipación para cancelar lo mejor que pueda.

     /\_\_\_Entiendo que debido a mis pólizas de seguro, citas perdidas o cancelaciones tardías (con menos de **24** horas

de anticipación) no se les puede facturar al seguro.

     /\_\_\_**Entiendo que si cancelo tarde (menos de 48 horas de anticipación) o si no me presento por un total**

**acumulativo de tres citas, la relación con el terapeuta puede finalizar.**

*Si la relación de terapia se termina, Nueva Vida ha proporcionado tres referencias de terapia en la copia del cliente.*

• *United Way Hotline - 210-227-Help*

• *Community Counseling Service at OLLU - 210-434-1054*

• *Center for Health Care Services - 210-261-3350*

     /\_\_\_Entiendo que proporcionaré una tarjeta de crédito para mantenerla archivada y se le cobrará una tarifa de $

35 por no presentarse o por cancelación tardía. Esto se destruirá cuando finalice la terapia. (Los Clientes de Medicaid

están EXCLUIDOS de esto)

     /\_\_\_Entiendo que soy responsable del pago de $ 55 antes de completar cualquier documentación adicional

relacionada con la discapacidad, FMLA, etc. Entiendo que el papeleo inicial por discapacidad se completa de acuerdo con el criterio clínico del psicoterapeuta en la segunda o tercera sesión.

     /\_\_\_Entiendo que soy responsable del pago por adelantado de cualquier aparición en la corte y que no son

reembolsables. Las tarifas se facturarán en un incremento de 3 horas a $ 150 / horas por la mañana (AM) ($ 450) y

un incremento de 4 horas de $ 150 / horas por la tarde (PM) ($ 625), o todo el día a $ 1350. Esto incluye el tiempo de espera, así como, si el psicoterapeuta no recibe una llamada.

**Acuerdo**

He leído y entiendo las condiciones y políticas establecidas en este documento. He leído el consentimiento informado

de Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. para los servicios de salud conductual, que proporciona información

sobre límites de confidencialidad, tarifas y otros asuntos financieros, emergencias y llamadas telefónicas, así como

las políticas de la oficina general. He leído y entiendo las condiciones y políticas establecidas en este documento. Al firmar este acuerdo, entiendo que soy responsable de cumplir con mis responsabilidades terapéuticas y financieras. Acepto permitir que NVBHA trabaje de forma de psicoterapéutica de mutuo acuerdo ya sea conmigo, con miembros de mi familia, incluyendo mis hijos.

**He leído y me han ofrecido una copia de la Notificación de políticas y prácticas para proteger la privacidad de**

**mi información de salud, y acepto los contenidos en ella.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente:       | Firma del cliente :       |
| Firma del Padre/Tutor:       | Relación:       |

**ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD POR EL PAGO**

*COPIA DEL CLIENTE*

Yo, el que suscribe, entiendo y acepto pagar a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. antes de los servicios.

Entiendo que el copago bajo mi plan de seguro actual es $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_, o el monto deducible de $ \_\_\_\_\_ en el cual mi

copago es $ hasta que se alcance el deducible y mi copago se reducirá, y el saldo restante será facturado a mi

proveedor de seguros, **y que seré responsable de cualquier saldo por servicios no cubiertos por mi plan de**

**seguro,** O que no usare los beneficios del seguro y las responsabilidades pago de este tratamiento sera de acuerdo a una escala con los ingresos que recibo.

**Entiendo que soy responsable de una tarifa de cancelación de $ 35, de sesiones de terapia canceladas con**

**menos de 24 horas de anticipación o si no me presento para una cita programada. El cargo / pago de cancelación se cargará a mi tarjeta de crédito registrada a menos que se hayan hecho otros arreglos.**

**Escribiendo mis iniciales aquí y firmando autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Assoc. Inc para mantener**

**mi firma en el archivo y cargar mi tarjeta por la tarifa de $ 35.**  **/**

Cliente/Terapeuta Iniciales

**Cliente y Terapeuta - Por favor marcar sus iniciales en lo siguiente:**

     /\_\_\_Entiendo que el personal puede llamar para recordarme una cita; sin embargo, esto es un recordatorio de cortesía. Llamaré con anticipación para cancelar lo mejor que pueda.

     /\_\_\_Entiendo que debido a mis pólizas de seguro, citas perdidas o cancelaciones tardías (con menos de **24** horas

de anticipación) no se les puede facturar al seguro.

     /\_\_\_**Entiendo que si cancelo tarde (menos de 48 horas de anticipación) o si no me presento por un total**

**acumulativo de tres citas, la relación con el terapeuta puede finalizar.**

*Si la relación de terapia se termina, Nueva Vida ha proporcionado tres referencias de terapia en la copia del cliente.*

• *United Way Hotline - 210-227-Help*

• *Community Counseling Service at OLLU - 210-434-1054*

• *Center for Health Care Services - 210-261-3350*

     /\_\_\_Entiendo que proporcionaré una tarjeta de crédito para mantenerla archivada y se le cobrará una tarifa de $

35 por no presentarse o por cancelación tardía. Esto se destruirá cuando finalice la terapia. (Los Clientes de Medicaid

están EXCLUIDOS de esto)

     /\_\_\_Entiendo que soy responsable del pago de $ 55 antes de completar cualquier documentación adicional

relacionada con la discapacidad, FMLA, etc. Entiendo que el papeleo inicial por discapacidad se completa de acuerdo con el criterio clínico del psicoterapeuta en la segunda o tercera sesión.

     /\_\_\_Entiendo que soy responsable del pago por adelantado de cualquier aparición en la corte y que no son

reembolsables. Las tarifas se facturarán en un incremento de 3 horas a $ 150 / horas por la mañana (AM) ($ 450) y

un incremento de 4 horas de $ 150 / horas por la tarde (PM) ($ 625), o todo el día a $ 1350. Esto incluye el tiempo de espera, así como, si el psicoterapeuta no recibe una llamada.

**Acuerdo**

He leído y entiendo las condiciones y políticas establecidas en este documento. He leído el consentimiento informado

de Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. para los servicios de salud conductual, que proporciona información

sobre límites de confidencialidad, tarifas y otros asuntos financieros, emergencias y llamadas telefónicas, así como

las políticas de la oficina general. He leído y entiendo las condiciones y políticas establecidas en este documento. Al firmar este acuerdo, entiendo que soy responsable de cumplir con mis responsabilidades terapéuticas y financieras. Acepto permitir que NVBHA trabaje de forma de psicoterapéutica de mutuo acuerdo ya sea conmigo, con miembros de mi familia, incluyendo mis hijos.

**He leído y me han ofrecido una copia de la Notificación de políticas y prácticas para proteger la privacidad de**

**mi información de salud, y acepto los contenidos en ella.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente:       | Firma del cliente :       |
| Firma del Padre/Tutor:       | Relación:       |

***(Esto NO APLICA a clientes de Medicaid)***

Forma de autorización de tarjeta de crédito

|  |
| --- |
| Nombre del cliente       |
| Tarjeta de crédito        |
| Nombre en la tarjeta       |
| de crédito       |
| # Tarjeta de Crédito       |
| Día que expide        |
| Código postal        |

Por favor escriba su inicial (Cliente/Terapeuta)

     /\_\_\_Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associate, Inc. a mantener mi

firma registrada para que se me cobre una tarifa de $ 35 por no presentarse o por

cancelar tarde. Esto se destruirá cuando finalice la relación de terapéutica

     /\_\_\_Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associate, Inc. que conserve mi

firma en el archivo para que se le cobre el papeleo de discapacidad y / o la

documentación de FMLA. Esto se destruirá cuando finalice la relación terapéutica.

     /\_\_\_Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associate, Inc. a mantener mi

firma archivada para que se le cobre por visitas fuera de la oficina. Esto se

destruirá cuando finalice la relación terapéutica

     /\_\_\_ Sesiones telefónicas

     /\_\_\_Visitas en otras locaciones NVBHA

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre impreso:      | Nombre impreso del terapeuta:      |
| Firma:       | Fecha :      |

# MEDICAL CENTER

# 9500 Tioga Drive, Suite A

# San Antonio, Texas 78230

# 210-616-0828

#  ***Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.***

# E-Fax: (855) 616-0829

# DOWNTOWN

# 343 W. Houston, Ste 727

# San Antonio, Texas 78205

# 210-375-4593

# SOUTHSIDE

# 88 Briggs Ave, Ste 140

# San Antonio, Texas 78224

# 210-922-0828

Consentimiento informado de servicios de la salud conductual

Los servicios de salud del comportamiento se basan en una relación entre personas que funciona en parte debido a los derechos y responsabilidades claramente definidos que

tiene cada persona. Tiene derecho a comprender la evaluación y el procedimiento de tratamiento que se usa con usted. Es importante ser un cliente informado y conocedor, y

siempre es apropiado hacer preguntas sobre su psicoterapeuta, su enfoque terapéutico y su progreso con el proceso de evaluación y / o tratamiento. Usted es libre de suspender los servicios de salud conductual en cualquier momento.

A menudo es útil tener una copia escrita de las políticas de la oficina a las que pueda consultar en cualquier momento. Este documento contiene información importante sobre

servicios profesionales y políticas comerciales. Si tiene alguna pregunta después de leer este formulario, siéntase libre de discutirlo antes de firmar

Nuestro psicoterapeuta es un psicólogo / LPC / LPC-Intern / LCSW / LMSW / PMHNP

Lic enc ia #: Supervisor (si se requiere)

**Acercamiento a la terapia**

Nuestro enfoque de asesoramiento varía un poco con las necesidades de nuestros clientes. Principalmente, utilizamos un enfoque cognitivo-conductual basado en los

principios de autocontrol y aprendizaje social. También es importante apreciar el historial de desarrollo de un individuo, su familia de origen y su percepción actual / otras

percepciones**.** Nuestro estilo es interactivo ya que vemos la relación terapéutica como un acuerdo entre el cliente y el terapeuta. La responsabilidad del cambio reside en el

cliente y nuestro papel es el suministro de información, la reflexión sobre la información y el apoyo social. Debe tener en cuenta que la terapia produce cambios y puede desatar sentimientos fuertes. Debe ser consciente de las tensiones potenciales sobre usted y sus relaciones que pueden ocurrir durante la terapia.

**Confidencialidad**

Naturalmente, necesitaremos saber mucho sobre usted. Excepto por las situaciones que se describen a continuación, usted tiene derecho a la privacidad durante nuestro

trabajo conjunto. Todos en nuestra oficina involucrados en su cuidado somos conscientes de la importancia de la confidencialidad. Casi todos los problemas discutidos durante el tratamiento son estrictamente confidenciales. No podemos compartir ninguna información sobre nuestro trabajo en conjunto sin su permiso previo por escrito, excepto en las circunstancias que se detallan a continuación. Puede solicitarnos que divulguemos información con quien elija, y puede cambiar de opinión y revocar ese permiso en cualquier momento.

Puede preguntarle a cualquier persona que desee asistir a una sesión de terapia con usted, pero avísenos con anticipación para que podamos decidir qué información, si

corresponde, desea que se mantenga confidencial durante esa sesión. Si está participando en terapia de pareja o familiar, tenga en cuenta que tanto usted como otras

personas en terapia con usted se consideran el "cliente". Esta en nuestra póliza discutir abiertamente y acordar como la información que usted provee de forma individual sera manejada. En la mayoría de los casos creemos que es mejor evitar secretos entre los participantes.

Es importante que comprenda completamente las limitaciones de la confidencialidad para poder tomar una decisión informada con respecto a lo

que nos dice. Por ley, estamos obligados a divulgar información confidencial a las personas y / o agencias apropiadas si existe alguna de las

siguientes condiciones:

\* Evaluamos que usted es un peligro para usted o para los demás.

\* Usted es menor de edad, anciano o discapacitado y creemos que es víctima de abuso o divulga información sobre dicho abuso. \* Usted está involucrado en un proceso legal en el cual el tribunal cita sus registros de salud mental.

\* Usted renuncia a sus derechos de privilegio o da su consentimiento para la divulgación de información.

**Menores**

Si es menor de 18 años, tenga en cuenta que la ley puede proporcionar a los padres el derecho de examinar sus registros de salud del comportamiento. Debido a que la psicoterapia requiere confianza y privacidad para funcionar de manera efectiva, será importante que el terapeuta, el padre (s) y el menor

acuerden cómo se intercambiará la información durante el curso del tratamiento. Con los adolescentes, el objetivo clínico suele ser maximizar la privacidad,

con la excepción de los problemas que comprometan la seguridad física del menor. A los padres / tutores se les proporcionará información general sobre

cómo se está llevando a cabo el tratamiento. Antes de darles a los padres / tutores cualquier información, discutiremos el asunto con el menor y haremos todo

lo posible para resolver cualquier objeción que pueda tener el menor sobre lo que estamos dispuestos a discutir.I

**Mantenimiento de registros**

Normalmente mantenemos registros breves, destacando su participación y una breve discusión de lo que ocurrió durante nuestra sesión. Tiene derecho a

revisar su registro de salud mental y corregir cualquier error en su archivo. Puede solicitar por escrito que le enviemos información a cualquier otro proveedor

de atención médica. Legalmente, los datos de prueba sin procesar solo se pueden enviar a un psicólogo autorizado. Mantenemos sus registros en un lugar seguro para proteger su privacidad.

**Diagnóstico**

Si un tercero (es decir, una compañía de seguros) está pagando parte de su factura, es posible que requiera un diagnóstico formal como condición de pago.

Los diagnósticos son términos técnicos para describir la naturaleza y la gravedad de sus problemas. Si utilizamos un diagnóstico, discutiremos esto con usted.

**Mantenimiento de registros**

Normalmente mantenemos registros breves, destacando su participación y una breve discusión de lo que ocurrió durante nuestra sesión. Tiene derecho a revisar su registro de salud mental y corregir cualquier error en su archivo. Puede solicitar por escrito que le enviemos información a cualquier otro proveedor

de atención médica. Legalmente, los datos de prueba sin procesar solo se pueden enviar a un psicólogo autorizado. Mantenemos sus registros en un lugar seguro para proteger su privacidad.

**Diagnóstico**

Si un tercero (es decir, una compañía de seguros) está pagando parte de su factura, es posible que requiera un diagnóstico formal como condición de pago.

Los diagnósticos son términos técnicos para describir la naturaleza y la gravedad de sus problemas. Si utilizamos un diagnóstico, discutiremos esto con

**Seguro**

Muchos planes de seguro cubren servicios de salud conductual. Para establecer objetivos y prioridades de tratamiento realistas, es importante evaluar qué recursos están

disponibles para pagar su tratamiento. En general, es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro y presentar la documentación necesaria para el reembolso. Usted, no su compañía de seguros, es responsable del pago total de la tarifa que hemos acordado. El pago se vence al final de la sesión a menos que se hayan hecho otros

arreglos por adelantado. Si esta política le causa dificultades excesivas, hable conmigo sobre otras opciones. Asegúrese de completar con precisión la información del seguro /

aseguradse de completar el formulario de admisión de mi oficina. No seremos responsables por reclamaciones erróneas debido a información de seguro incompleta

La escalada de los costos de la atención médica ha resultado en un nivel cada vez mayor de complejidad sobre los beneficios del seguro que a veces hace que sea difícil

determinar exactamente cuánta cobertura de salud mental está disponible. Los "Planes de atención médica administrados", como HMO y PPO, a menudo requieren una

autorización previa antes de que proporcionen el reembolso de los servicios de salud mental. Dichos planes a menudo están orientados hacia enfoques de tratamiento a corto

plazo que están diseñados para resolver problemas específicos que interfieren con el nivel de funcionamiento habitual. Puede ser necesario buscar aprobación adicional

después de una cierta cantidad de sesiones. En mi experiencia, aunque se puede lograr bastante en la terapia a corto plazo, muchos clientes sienten que se necesitan más servicios después de que expiren los beneficios del seguro. Algunos planes de atención administrada no me permitirán brindarle servicios una vez que sus beneficios ya no

estén disponibles. Si este es el caso, podemos analizar formas alternativas de recibir los servicios, incluida la búsqueda de otro proveedor que lo ayude a continuar su atención o pagar los servicios de forma privada.

También debe saber que la mayoría de los contratos de seguro requieren un diagnóstico clínico, así como información clínica adicional, como un plan de tratamiento o un

resumen. En casos raros, se puede solicitar una copia del registro completo. Esta información se convertirá en parte de los archivos de la compañía de seguros y, con toda probabilidad, parte de ella estará computarizada. Todas las compañías de seguros afirman mantener la confidencialidad de dicha información, pero una vez que está en sus

manos, no tenemos control sobre lo que hacen con ella. En algunos casos, pueden compartir la información con un banco nacional de datos de información médica. Si lo solicita, le proporcionaremos una copia de cualquier informe que presentemos. Una vez que tengamos toda la información sobre su cobertura de seguro, discutiremos qué podemos esperar lograr con los beneficios que están disponibles y qué sucederá si los beneficios del seguro se agotan antes de que se sienta listo para finalizar nuestras sesiones. Es importante recordar que usted siempre tiene el derecho de pagar por nuestros servicios y evitar las complejidades descritas anteriormente.

**Servicios de terapia por telecomunicaciones ( telemental)**

Para aquellos clientes que están siendo tratados por salud telemental: Por la presente, usted acepta participar en asesoramiento a distancia como parte de su

psicoterapia. Usted comprende que el asesoramiento a distancia incluye la práctica de la entrega de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el

tratamiento, la transferencia de datos médicos y la educación mediante el uso de audio interactivo, video y comunicaciones de datos. Usted comprende que los servicios de salud tele-mental también involucran la comunicación de información médica / mental tanto oral como visual. Usted comprende que tiene los

siguientes derechos con respecto a la orientación a distancia:

• Existen riesgos y consecuencias del asesoramiento a distancia, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables de parte de su

psicoterapeuta, de que: la transmisión de su información médica pueda verse alterada o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de su información médica

podría ser interrumpida por personas no autorizadas y / o el almacenamiento electrónico de su información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

• Estos riesgos se compensan con el uso que hace mi terapeuta del servicio compatible con HIPPA que está encriptado para las comunicaciones de salud video

telemental. Además, los contenidos de la computadora de mi terapeuta están encriptados.

• Si su psicoterapeuta cree que estaría mejor atendido por otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales, terapia de grupo), es posible

que lo remitan a otro psicoterapeuta que pueda brindar dichos servicios.

• Existe el riesgo de que los servicios se vean alterados o distorsionados por problemas técnicos imprevistos.

• Existe el riesgo de ser escuchado por alguien cerca de usted si no está solo en una habitación privada.

• Debido a la naturaleza de la interacción, pueden existir diferencias de calidad que no se producirían en las interacciones cara a cara. Informe al personal de Nueva

Vida o a su médico tratante si encuentra que la calidad de las interacciones audiovisuales es insuficiente para sus necesidades.

• El médico puede estar ubicado en Texas o fuera del estado, lo que no le permitirá estar físicamente presente en caso de emergencia; sin embargo, el médico

colabora estrechamente con el personal y los médicos de Nueva Vida para proporcionar una evaluación psicológica de emergencia y atención si es necesario en el lugar.

Derechos de los clientes:

1. Usted tiene derecho a solicitar servicios psicológicos presenciales en lugar de servicios de salud tele-mental en cualquier momento del tratamiento. Esto no afectará su

derecho a recibir más tratamiento.

2. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento para el uso de los servicios de salud tele-mental en cualquier momento durante el curso de su atención. Esto no afectará su derecho a recibir más tratamiento.

3. Tiene derecho a solicitar información sobre la seguridad y confidencialidad de las interacciones audiovisuales en cualquier momento durante su tratamiento.

**Tecnología**

Para nosotros es de suma importancia que mantengamos la confidencialidad, respetemos sus límites y que su relación con su terapeuta siga siendo terapéutica y profesional.

Por lo tanto, hemos desarrollado las siguientes políticas: (Si esto es un problema, siéntase libre de discutirlo con su terapeuta).

• Teléfonos celulares: es importante que sepa que los teléfonos celulares pueden no ser completamente seguros y confidenciales. Sin embargo, nos damos cuenta de

que la mayoría de las personas tiene y utiliza un teléfono celular, su terapeuta también puede usar un teléfono celular para contactarlo.

• Mensajes de texto y correo electrónico: tanto los mensajes de texto como los correos electrónicos no son medios seguros de comunicación y pueden comprometer

su confidencialidad. Sin embargo, nos damos cuenta de que muchas personas prefieren enviar mensajes de texto y / o correo electrónico porque es una forma rápida de transmitir información.

• Estamos obligados a mantener una copia de todos los correos electrónicos y textos como parte de su registro clínico. Si encuentra la necesidad de comunicarse

frecuentemente con su terapeuta entre sesiones, es posible que deba programar visitas más frecuentes

**Vigilancia**

NVBHA usa cámaras de video de vigilancia en sus áreas comunes. Las cámaras están ubicadas fuera del edificio y vigilan las entradas, el estacionamiento y el área de juegos.

Una cámara está ubicada en la sala de espera. Una cámara está en el área de recepción. La cámara está en los pasillos y oficinas. Los equipos de vigilancia nunca se usarán

en espacios privados, como baños u oficinas de asesoramiento, solo se usarán para visitas de niños de CasaDeFamilia. Las cámaras funcionan continuamente, las 24 horas del día, los siete días de la semana. El dispositivo de DVR que graba el video y el metraje de audio se encuentra en un armario de servicios públicos bloqueado, al que solo el

propietario y el administrador de la oficina tienen acceso. Una vez que la memoria del DVR está llena, grabará sobre el material grabado más antiguo, destruyendo así el

material viejo. Andrea Zuflacht-Cukjati, propietaria, mantendrá las cámaras y el equipo de video y se asegurará de que funcionen correctamente. Solo Andrea Zuflacht-Cukjati y

la gerente de la oficina, Shawna Carreon están autorizadas a revisar el material grabado. Pueden surgir situaciones en las que el material grabado se use necesariamente en el informe y la investigación de robo, asalto y otros incidentes denunciables. Durante estas investigaciones, su privacidad como cliente de NVBHA puede verse comprometida.

Si el material grabado se utiliza alguna vez en el informe y la investigación de incidentes notificables, se realizará la documentación de las personas que se ven en los

segmentos grabados y sus credenciales. Además, a todos los pacientes visibles en los segmentos revisados de material grabado se les notificará que estuvieron presentes en los segmentos vistos y se les proporcionaron los nombres de todas las personas que vieron los segmentos. Andrea Zuflacht-Cukjati supervisará continuamente las políticas y procedimientos de vigilancia para reducir el riesgo de violación de la privacidad.

**Worker's Compensation ( Compensación de trabajador)**

Para aquellos clientes que están siendo tratados bajo los beneficios de Compensación al Trabajador, le facturaremos los servicios al asegurador. Tenga en cuenta también que

sus registros de salud mental se enviarán a la compañía de seguros como documentación de los servicios proporcionados antes de ser reembolsarlos. Sus registros también

pueden ser enviados a su médico de cabecera. Cualquier otra solicitud para sus registros debe ir acompañada de una Autorización de divulgación debidamente ejecutada, que está disponible en esta oficina.

**Llamadas de emergencia**

NVBHA puede ser contacta con marcando el numero 210-616-0828) de 8:00 A.M. a 6:00 P.M., De lunes a jueves y el viernes de 8:00 A.M. a 5:00 P.M. Le pedimos que pida

ayuda de inmediato de su doctor o de la sala de emergencias de un hospital si es que tiene una emergencia. SI CREE QUE NO PUEDE LLEGAR AL HOSPITAL MARQUE 911

El University Hospital (210-358-2524), 4502 Medical Drive en San Antonio, tiene cuidados psiquiátricos disponibles en la sala de emergencias todo el tiempo como también hospitales comunitarios.

**Etica y estándar Profesional**

Como consejeros profesionales con licencia, estamos regulados por la Junta Examinadora de Asesores Profesionales con Licencia del Estado de Texas y el área responsable de nuestro trabajo con usted. El número de la Junta de Consejeros Profesionales con Licencia del Estado de Texas es 800-252-8154. Si tiene alguna inquietud sobre el curso de la evaluación o el tratamiento, discútalo conmigo. Esperamos con interés trabajar con usted.

Junta de Examinadores de Terapeutas Familiares del Estado de Texas

Una persona que desee presentar una queja contra un Terapeuta Matrimonial y Familiar con Licencia (LMFT) o un Asociado Licenciado en Terapia de Matrimonio y Familia

(Asociado LMFT) puede escribir a:

Dirección de Quejas y Sección de Investigación

P.O. Box 141369

Austin, Texas 78714-1369 or call 1-800-942-5540

**FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA EL CLIENTE**

Con respecto al uso y divulgación de información de salud protegida

A los fines de este Formulario de consentimiento, "Oficina" se referirá a: Nueva Vida Behavioral Health Associates.

Entiendo que parte de mi información de salud puede ser utilizada y / o divulgada por la Oficina para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u operaciones de atención

médica, y que para una descripción más completa de tales usos y divulgaciones debería consultar el aviso de privacidad de la Oficina titulado, "Nuestras prácticas de privacidad". Entiendo que puedo revisar este aviso de privacidad en cualquier momento antes de firmar este formulario.

Entiendo que con el tiempo las prácticas de privacidad de la Oficina pueden necesitar modificaciones de acuerdo con la ley y que si deseo obtener una copia de la notificación

en su versión revisada, puedo llamar a la Oficina para solicitar dicha copia.

Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se usa o divulga mi información para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y que

también puedo revocar este Consentimiento, pero solo en la medida en que la Oficina no haya tomado medidas en confianza en eso y también siempre que lo haga por escrito.

Entiendo que para mi protección, cualquier solicitud para modificar mi información de salud o para acceder a mis registros médicos debe hacerse por escrito.

FIRMADOR POR:

|  |
| --- |
| Firma del cliente o tutor legal       |
| Nombre impreso del cliente o del tutor legal si aplica I       |
| Relación con el Cliente       |
| Fecha 7/15/2021 |

 INVENTARIO BAI

Nombre: Fecha de Hoy: - -

A continuacion se mencionaran algunos sintomas comunes de ansiedad . Por favor lea cuidadosamente e Indique cuanto le ha molestado cada sintoma en la pasada semana incluyendo el dia de hoy marcando con una “X” en la renglon correspondiente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Para Nada**(0)** | **Un Poco****(1)** | Moderado**(2)** | Severamente**(3)** |
| ***SUJECTION*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| No puede relajarse | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Miedo a que pase lo peor | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Temeroso | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Nervioso | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Miedo de perder el control | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tiene miedo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ***PANICO*** |
| El corazón le palpita muy rapido | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Siente que se ahoga | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tiene dificultad para respirar | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| ***NEUROPSICOLOGICO*** |
| Adormecimiento y Hormigueo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Siente debilidad en las piernas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Siente mareo o debilidad | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| No se siente fuerte | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Siente temblor en las manos | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Temblor generalizado | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Ha sufrido desmayos | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| AUTONOMICO |  |  |  |  |
| Siente mucho Calor | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Indigestion o incomodidad en el abdomen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Su cara esta muy sonrojada | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sudor (no causado por el calor) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

10 – 18, Un Poco

 19 – 29, Moderado

 30 – 63, Severo

|  |  |
| --- | --- |
| **TRISTEZA**[ ]  – No me siento triste.[ ]  – Me siento triste.[ ]  – Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de la tristeza.[ ]  – Estoy tan triste o infeliz que ya no lo soporto.**PESIMISTA**[ ]  – No estoy particularmente desanimado del futuro.[ ] – Me siento desanimado del futuro.[ ]  – Siento que no hay nada bueno que espere de la vida.3 – Siento que mi futuro no tiene esperanza y las cosas no pueden mejorar.**DIS-SATISFACION**[ ] Las cosas tienen la misma satisfacion que antes.[ ] No me divierten las cosas igual que antes.[ ] Ya no tengo satisfacion de nada de lo que hago.[ ] - Estoy insatisfecho(a),o aburido con todo.**LLORAR**[ ]  – No lloro mas de lo que es normal para mi.[ ]  – Lloro mas ahora que lo que lloraba antes.[ ]  – Lloro todo el tiempo ahora.[ ]  – Antes podia llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.**IRITABILIDAD**[ ] – Me irrito/enojo igual que antes.[ ]  – Me enojo o irrito mas pronto que antes.[ ]  – Me siento enojado o irritado todo el tiempo.[ ] – Ya no me enojo o irrito con las cosas que antes me irritaban o me hacian enojar.**IDEAS DE SUICIDIO**[ ]  – No nunca pienso en matarme.[ ]  – Pienso en matarme pero nunca lo haria.[ ]  – Si me gustaria matarme.[ ]  – Yo me mataria si tuviera la oportunidad.**INDECISION**[ ] – Tomo decisiones igual que lo he hecho siempre.[ ]  – No tomo decisiones tan pronto como antes.[ ] – Tengo mas dificultad en tomar decisiones .[ ]  – No puedo tomar decisiones para nada**CASTIGOS**[ ]  - No siento que me estan castigando por algo que hice[ ]  - Si siento que me puden castigar por algo.[ ] - Creo que me castigaranun dia.[ ] - Siento que me estan castigando ahora.**ACUSACIONES PROPIAS**[ ]  – No siento que soy peor que nadie mas.[ ]  - Me critico yo solo por todas mis debilidades y errores .[ ]  - Yo mismo me culpo todo el tiempo por mis errores.[ ] - Me culpo por todo lo malo que pasa.DESAMOR POR USTED MISMO[ ]  –No, no me siento descontento conmigo mismo.[ ]  –Estoy descontento conmigo mismo.[ ]  – Soy muy infeliz conmigo mismo.[ ] – Yo mismo me Odio.**CULPA**[ ] - No me siento particularmente culpable.[ ] - La mayoria del tiempo me siento culpable.[ ] - Casi todo el tiempo me siento muy culpable.[ ] - Me siento culpable todo el tiempo. | **SENTIMIENTO DE FRACASO** [ ]  – No me siento fracasado.[ ]  – Yo siento que he fracasado mas que otra gente.[ ]  – Cuando veo mi vida , todo lo que veo son muchos fracasos.[ ]  – Siento que soy un fracaso total como persona.**CAMBIOS EN LA IMAGEN DE SU CUERPO**[ ]  – No siento que me veo peor que antes.[ ]  – Me preocupa que me veo viejo y no atractivo.[ ]  – Creo que hay cambios en mi que hacen que no me vea atractivo .[ ]  – Yo creo que me veo feo(a).PREOCUPACION DE SINTOMAS[ ]  – Me preocupo de mi salud igual que antes.[ ]  -- Me preocupo con problemas como dolores, de estomago, o constipacion.[ ]  – Estoy muy preocupado de mis problemas fisicos y es dificil pensar en otras cosas.[ ]  – Estoy tan preocupado de mis problemas fisicos que no puedo pensar en nada mas**FATIGA**[ ]  – No me canso mas de lo usual.[ ]  – Me canso mas pronto que antes.[ ]  – Me canso cuando hago cual quier cosa.[ ]  – Estoy demasiado cansado que no hago nada.**INSOMNIA**[ ]  - Puedo dormir igual que antes.[ ]  - No duermo tan bien como antes.[ ]  - Depierto 1-2 horas mas temprano de lo usual y es muy dificil volver a dormir.[ ] – Despierto mucho antes de lo usual y ya no puedo dormir despues.**PERDIDA DE APETITO**[ ]  – Mi apetito es igual que antes.[ ] – Mi apetito no es tan bueno como antes.[ ] – Mi apetito es peor que antes.[ ]  – Ya no tengo apetito. **BAJO DE PESO**[ ] – No he perdido peso, recientemente.[ ]  – He perdido mas de 5 libras.[ ]  – He perdido mas de 10 libras.[ ]  – He perdido mas de 15 libras.Estoy tratando de comer menos para perder peso. \_\_\_Si\_\_\_NoPERDIDO DE LIBIDO[ ]  – No he notado cambio en mi interes sexual.[ ]  – No me intereso tanto el en sexo como antes.[ ]  – Mi interes en sexo es mas bajo que antes.[ ]  – He perdido todo interes en sexo.**DIFICULTAD DE TRABAJO**[ ]  - Puedo trabajar casi igual que antes[ ]  - Me toma mas esfuerzo empezar hacer las cosas.[ ]  - Tengo que esforsarme demasiado para hacer algo.[ ]  - No puedo hacer nada de trabajo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10 – 18, Poco-Moderado19 – 29, Moderado-Severo30 – 63, Severo-Extremo |

 BDI INVENTARIO

Nombre: Fecha de hoy: - - \_\_\_\_

**INSTRUCIONES:** Este questionario consiste de 21 grupo de preguntas. Despues de Leer cada pregunta por favor marque enseguida de la pregunta que mejor describa como se ha sentido en la semana pasada incluyendo hoy. Este seguro que lee las preguntas correctamente antes de hacer su eleccion.

 **Questionario de Dormir (TWCC)**

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque" que tan frequente tiene los sintomas siguientes y si son un problema para ud

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sintoma | Nunca es un problema | Casi nunca es un problema | En veces es un problema | A menudo es un problema | Casi siempre es un problema |
| Le cuesta trabajo dormir | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Despierta mientras duerme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Despierta muy temprano por la manana | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| No puede dejar de pensar mientras trata de dormir | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Le da temor ir a la cama | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Duerme en el dia | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tiene que hacer mas esfuerzo para respirar cuando duerme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Despierta fatigado por la manana | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Las piernas se sacuden solas mientras duerme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Calambres, dolor, o le dan sensaciones extranas en las piernas cuando se acuesta | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Se queda dormido involuntariamente durante el dia | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Los musculos se le paralizan por momentos durante el dia | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Le dan sensaciones extranas al comienzo de dormir | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| El dormir no le es refrescante | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tiene malos suenos/ pesadillas | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Causas de los Problemas de DORMIR**

|  |  |
| --- | --- |
| “X” | **El Problema de dormir es causado por o es peor cuando:** |
| [ ]  | Tiene dolor fisico |
| [ ]  | Esta inquieto/tenso o cansado |
| [ ]  | Tiene estress personal  |
| [ ]  | Esta desepcionado y enojado |
| [ ]  | Preocupaciones o temores de su fractura, o problemas de estress |
| [ ]  | Malos efectos de su medicacion |
| [ ]  | El ambiente: es ruidoso, o el colchon es malo, etc. |
| [ ]  | Temor a Dormir  |
| [ ]  | No puede dejar de pensar |
| [ ]  | Ya esta impuesto a no dormir bien |

**Problema de DORMIR cuando empezo:** Por cuanto tiempo ha tenido los problemas de dormir?[ ]

**Problema de DORMIR la Frequencia:** De los 7 dias de la semana, cuantas noches batalla para dormir?      de los 7 dias.

## Duracion de DORMIR: En un periodo de 24-horas, cuantas horas duerme mas o menos? horas.

## Cuanto Tiempo Te lleva para DORMIR: Cuanto tiempo le lleva para que se quede dormido/a?

##

## Despertar Cuando DUERMES: Cuantas veces se despiertas en la noche al dormir?

Despues de despertar cuanto tiempo le lleva para quedarse dormido/a otra vez?

## Eficasia al DORMIR: En lo general, que tan refrescante es el dormir para ud.?

## Tratamiento para el problema de DORMIR

**Manejamiento de Medicamento:** Ha ud. usado algun medicamento para que le ayude a dormir?

Si la respuesta es si, que medicamentos ha usado?

En estos momentos esta ud. usando medicamentos que le ayuden a dormir?

Si la respuesta es si, cuales son, y cada cuando los usa?

## Medicamento-Propio: Ha ud. usado alcohol, pastillas sin reseta, o otras substancias que lo ayuden a dormir?     Si la respuesta es si , que usa y cada cuando los usa?

## Otros Tratamientos: Describa otros tratamientos ud. usa o ha usado para que le ayuden a dormir.

##

Que tan bien ha funcionado los tratamientos que ha usado en el pasado?

Que es lo que le ha ayudado a dormir mas en el pasado?

Nueva Vida Behavioral Health Associates

*SYMPTOMS DISTRESS CHECKLIST*

Lista de síntomas de estrés

Nombre de paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# de Medicaid/Miembro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona que completa formulario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estas frases se tratan de cuánto ha sentido estrés o molestia durante los últimos siete (7) días. Favor de circular el número que describe como se ha sentido sobre cada frase a continuación.

1=de ninguna forma 2=un poco 3=moderado o algo 4=bastante 5=sumamente

Durante los últimos 7 días aproximadamente cuánto le estresó o le molestó lo siguiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentirse tan inquieto(a) que no puede estar tranquilo(a) |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentirse asustado(a) de repente por ninguna razón |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentimientos de no ser valioso(a) |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentirse triste |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Momentos de terror o de pánico |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentir pesadez en los brazos o en las piernas |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentirse solo(a) |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentirse tenso(a) o ansioso(a) |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentirse solo(a) aún cuando está con gente |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Tener miedo de salir de la casa solo(a) |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | No sentir interés en las cosas |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentir miedo |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentir debilidad en partes de su cuerpo |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Nerviosismo o temblores adentro |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | Sentir miedo en espacios abiertos o en la calle |
|  |  |  |  |  |  |

\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_7/16/2021\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de paciente adulto o padre/tutor Fecha