

# Información sobre el participante

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de inicio del tratamiento \_\_\_\_\_

Género asignado al nacer \_\_\_\_\_ Identidad de género \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cód. postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ N° de seguridad social \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Quieres  pago privado  Utilice los beneficios del seguro que se enumeran a continuación

Tipo de seguro  Comercial  Medicaid  Programa de asistencia al empleado

Proveedor de seguro primario \_\_\_\_\_ Identificación del seguro \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Primario \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Asegurado Primario: \_\_\_\_\_

N° de seguridad social del asegurado primario \_\_\_\_\_ Proveedor de seguro secundario \_\_\_\_\_

Identificación del seguro secundario \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado secundario \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado secundario \_\_\_\_\_

N° de seguridad social del asegurado secundario \_\_\_\_\_

¿Estás actualmente bajo el cuidado de un médico?      Sí                      NO

Si es así, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Nombre del psiquiatra \_\_\_\_\_

¿Fuiste remitido a esta agencia?                      Sí                      NO

En caso afirmativo, por quién \_\_\_\_\_

¿Tienes una Directiva Psiquiátrica Avanzada (PAD)?      Sí                      NO

En caso afirmativo, ¿estarías dispuesto a proporcionarnos una copia para su registro?      Sí                      NO

Si la respuesta es no, ¿te gustaría que te proporcionáramos información sobre una PAD?      Sí                      NO

Medicamento(s) y dosis (actual) \_\_\_\_\_

¿Has recibido asesoramiento previo?    Sí                      NO

Si es así, ¿Cómo fue?    AMBULATORIO, HOSPITALARIO...

Cuándo \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_

Por quién \_\_\_\_\_ Duración del tratamiento \_\_\_\_\_

Problema(s) tratado(s) \_\_\_\_\_

Resultado:  Muy  Algo  Permaneció  Algo  Mucho  
Exitoso                      Exitoso                      Sin cambio                      Peor                      Peor

Formulario completado por: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

*Por favor, ver el dorso*

Por favor, marca cualquiera de las razones enumeradas a continuación que dieron lugar a que buscaras atención

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Depresión                      | <input type="radio"/> Consumo de alcohol o sustancias               |
| <input type="radio"/> Ansiedad                       | <input type="radio"/> Dificultad de manejar pérdida o fallecimiento |
| <input type="radio"/> Temas de pareja                | <input type="radio"/> Problemas en la escuela/trabajo               |
| <input type="radio"/> Dificultades de comunicación   | <input type="radio"/> Asuntos de familia                            |
| <input type="radio"/> Mejora de la relación          | <input type="radio"/> Trauma/Abuso                                  |
| <input type="radio"/> Conflicto entre padres e hijos | <input type="radio"/> Comportamiento y conducta de los niños        |
| <input type="radio"/> Problemas de identidad         | <input type="radio"/> Divorcio                                      |
| <input type="radio"/> Ordenada por la corte: _____   | <input type="radio"/> Problemas legales                             |
| <input type="radio"/> Juegos de azar                 | <input type="radio"/> Crianza de los hijos                          |
| <input type="radio"/> Crecimiento personal           | <input type="radio"/> Adquisición de habilidades                    |
| <input type="radio"/> Médico: _____                  | <input type="radio"/> Otros: _____                                  |

Resume a continuación por qué está buscando terapia.

Al pensar en la razón primaria que te trae aquí, ¿cómo calificarías su frecuencia y tu nivel general de preocupación en este momento (nota: un problema puede ocurrir raramente, pero causar seria preocupación, u ocurrir frecuentemente, pero causar poca preocupación)?

- | <u>Preocupación</u>                          | <u>Frecuencia</u>                           |
|--|---|
| <input type="radio"/> No hay problema        | <input type="radio"/> No ocurre             |
| <input type="radio"/> Poca preocupación      | <input type="radio"/> Ocurre raramente      |
| <input type="radio"/> Preocupación moderada  | <input type="radio"/> Ocurre a veces        |
| <input type="radio"/> Una seria preocupación | <input type="radio"/> Ocurre frecuentemente |
| <input type="radio"/> Muy seria preocupación | <input type="radio"/> Ocurre casi siempre   |

En una escala de 0 a 10, ¿qué **IMPORTANTIA** tiene para ti ahora mismo cambiar?

Not confident at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremely Confident

En una escala de 0 a 10, ¿cuánta **SEGURIDAD** sientes en cuanto a hacer este cambio?

Not confident at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremely Confident

En una escala de 0 a 10, ¿cuán **PREPARADO** estás para hacer este cambio?

Not confident at all 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremely Confident

*Este formulario ha sido completado lo mejor que he podido y doy fe de que la información contenida en él es exacta.*

**X**  
\_\_\_\_\_ **Client/Parent/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_ **Date**



# Consentimiento informado para el tratamiento

---

Por la presente solicito que yo, \_\_\_\_\_, nacido/a

\_\_\_\_\_

(Nombre del paciente)

(fecha de nacimiento)

sea aceptado para el tratamiento de salud mental como se me ha descrito.

1. Doy mi autorización y consentimiento para recibir servicios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio de The Family Connection, LLC.
2. He recibido y comprendido mis Derechos y Responsabilidades como paciente de Family Connection, LLC con respecto al tratamiento y estoy de acuerdo con estas declaraciones.
3. Entiendo que tengo derecho a que mi información sea confidencial. Esta información permanecerá confidencial a menos que se cumplan ciertos criterios: tu consentimiento por escrito para revelar cierta información, si te encuentras en peligro inminente para ti mismo o para otros o si revelas abuso (físico, sexual, etc. o negligencia) o si el tribunal requiere información específica. El objetivo del tratamiento siempre será proteger tu confidencialidad y la eficacia de la relación terapéutica, ayudándote a comunicarte y a compartir tus necesidades y deseos, para fomentar patrones de comunicación saludables.
4. Se me ha entregado el Aviso de Prácticas de Privacidad de The Family Connection, LLC que describe cómo mi información médica puede ser usada y revelada.
5. Me han entregado la política de Medios Sociales de The Family Connection que describe cómo The Family Connection LLC y sus empleados se comportan en Internet como profesionales de la salud mental y cómo pueden esperar que respondamos a las diversas interacciones que pueden ocurrir entre nosotros en Internet.
6. Tengo conocimiento de que The Family Connection LLC lleva a cabo una capacitación interna continua y que los detalles de mi caso, sin identificación del paciente, pueden ser discutidos para mejorar el tratamiento durante la supervisión clínica.
7. Me han dado información sobre el costo de los servicios de The Family Connection, LLC. Entiendo que puedo ser responsable de pagar un copago y que éste se paga cada vez que recibo tratamiento. También tengo conocimiento de que soy responsable de los honorarios no cubiertos por la compañía de seguros y entiendo que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento.
8. Se me ha dado información sobre las ventajas y desventajas del tratamiento recomendado, así como de otras alternativas. Como en cualquier esfuerzo para generar un cambio duradero, el asesoramiento requiere tiempo, energía y compromiso. El asesoramiento puede ser frustrante porque no podemos controlar el ritmo del cambio. En el camino hacia la curación, los clientes pueden experimentar un aumento de los sentimientos dolorosos; esto es una parte normal del proceso.
9. Entiendo que puedo tratar cualquier preocupación o queja con mi terapeuta o cualquier otro representante de The Family Connection, LLC en cualquier momento. Entiendo que la mejor práctica es trabajar con el terapeuta y el supervisor para resolver cualquier queja, pero entiendo



10. que también puedo contactar con la entidad que otorga licencias y que regula la práctica profesional de mi terapeuta.
11. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar las reclamaciones. También solicito el pago de los beneficios del gobierno, ya sea a mí o a The Family Connection, LLC.
12. Autorizo el pago de los beneficios médicos a The Family Connection, LLC para los servicios de tratamiento.
13. Tengo conocimiento de que el proceso terapéutico es más efectivo cuando los miembros de la familia y el terapeuta se comprometen con el proceso terapéutico. Entiendo que se me puede cobrar la tarifa completa de la sesión por toda/alguna cita cancelada sin aviso previo de 24 horas.
14. Entiendo que el rol de la terapia es el tratamiento y es política de The Family Connection, LLC no testificar o participar de otra manera en ningún procedimiento legal a menos que sea legalmente obligado a hacerlo. Estoy de acuerdo en no involucrar a The Family Connection LLC en ninguna disputa legal, especialmente en una disputa sobre la custodia o los arreglos de custodia (visitas, etc.). Tengo conocimiento de que si The Family Connection, LLC o cualquier miembro de su equipo es citado con respecto a mi cuidado, yo, como paciente, seré financieramente responsable de todos los costos asociados como se indica en el Acuerdo Financiero del Cliente por hora por el tiempo de viaje, preparación de informes, testificaciones, entrevistas presenciales y cualquier otro costo relacionado con el caso.

La firma que figura a continuación refleja que estoy de acuerdo con los términos establecidos anteriormente.

---

Firma del paciente    Fecha



## Acuerdo de responsabilidad financiera del cliente

The Family Connection, LLC está comprometida a proveer consejería de salud mental de alta calidad para pacientes externos. Para ello, esperamos el pago en el momento del servicio. The Family Connection, LLC presentará las reclamaciones de seguro como una cortesía a los clientes que son elegibles para el reembolso a través de su seguro. Sin embargo, el paciente y/o el tutor financiero/legal son responsables de todos los honorarios asociados con los servicios prestados. Participamos en muchos planes de salud y trabajamos para que cada paciente esté plenamente consciente de su responsabilidad financiera por los servicios prestados. El paciente debe entender que es responsable de los pagos. Estos pagos pueden ser realizados por el paciente directamente, por la compañía de seguros o por una combinación de ambos. A continuación figura una lista de los honorarios aproximados que pueden estar asociados con tu tratamiento:

PROGRAMA DE HONORARIOS USUALES Y HABITUALES:			
Consulta inicial .....	\$200.00	Psicoterapia familiar con el paciente.....	<u>\$175.00</u>
Sesión de terapia individual (16-37 minutos) .....	\$90.00	Psicoterapia familiar sin paciente. ....	\$170.00
Sesión de terapia individual (38-52 minutos) .....	\$120.00	Psicoterapia de grupo (por visita).....	\$55.00
Sesión de terapia individual (53-60 minutos) .....	\$190.00	Psicoterapia para crisis, primeros 60 minutos.....	<u>\$215.00</u>
Evaluación de historiales (por 15 minutos) .....	\$60.00	Código de crisis , cada 30 minutos adicionales	
.....	\$115.00		
Preparación para el tribunal (mínimo de 2 horas) .....	\$250.00/hora	Preparación del informe (por 15 minutos)	
.....	50.00 dólares		
Solicitud de historiales.....	\$6.50 promedio min, estimado sobre testimonio en la corte (primeras 2 horas		
.....	\$500.00/hora		

Confirmando que he leído y entendido mis obligaciones con respecto a las diversas opciones de reembolso de los servicios recibidos en The Family Connection, LLC al poner mis iniciales a continuación:

Paciente en efectivo/Escala gradual- Me comprometo a pagar la totalidad de los honorarios de la sesión antes de los servicios prestados. Estoy de acuerdo en presentar una reflexión completa, exhaustiva y exacta de todos mis ingresos del hogar mediante la presentación de recibos de sueldo mensuales, etc., para determinar la elegibilidad financiera para un descuento en los servicios. Entiendo que soy responsable de pagar la tarifa completa de la sesión antes de que se presten los servicios, para poder calificar para un descuento de escala gradual.

Cobertura de la póliza de seguro/Programa de salud Centennial Care - Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier co-seguro o co-pagos deducibles aplicables asociados con mi póliza. Yo



entiendo que mi plan de seguros puede haber negociado tarifas específicas para los servicios prestados y yo sería responsable del costo que mi seguro específico ha identificado, siempre y cuando mi seguro cubra el servicio. En caso de que los servicios sean denegados, entiendo que soy responsable de todos los honorarios asociados con mi cuenta y mi cuidado. Entiendo que mi plan puede tener ciertas restricciones con respecto a los límites de visitas anuales, servicios cubiertos, etc. y entiendo que soy totalmente responsable de asegurar que mi seguro tenga la información necesaria para proporcionar la cobertura de la reclamación.

Solicitudes de historiales / Cuotas judiciales –Entiendo que soy responsable de todos los honorarios asociados con las solicitudes de historiales y/o las cuotas judiciales. Reconozco que estos honorarios no serán cubiertos por mi póliza de seguro.

### **DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA**

1. Entiendo que soy responsable de pagar el monto total de cada sesión de terapia. TFC acepta efectivo, Visa, MasterCard, Discover y tarjetas de cuentas de ahorro para la salud, así como pagos con cheques y tarjetas de débito. Los pagos también pueden hacerse en persona y por teléfono.
2. Entiendo que puedo hacer un pago por mi cuenta, usar un seguro o usar una combinación de estos dos métodos para pagar.
3. TFC reserva un espacio de tiempo especialmente para el paciente. Entiendo que The Family Connection, LLC requiere 24 horas de aviso de cancelación de una sesión agendada. Si no se cancela dentro de este período, se cobrará la sesión hasta la cantidad facturable de 100 dólares por hora.
4. Entiendo que The Family Connection, LLC presentará reclamos al seguro como **cortesía** a aquellos clientes que sean elegibles para el reembolso a través de su seguro. Si mi plan de seguro incluye un copago, entiendo que soy responsable de pagar el copago el día de la sesión. Si la cantidad del copago cambia, entiendo que soy responsable de pagar la nueva cantidad para todas las sesiones cubiertas por el cambio. Si, en cualquier momento, mi compañía de seguros niega la cobertura, entiendo que soy responsable de la cantidad total de la(s) sesión(es) no cubierta(s) por el seguro. Entiendo que si tengo una póliza de seguro con un deducible anual, puedo ser responsable del monto total de la(s) sesión(es) hasta que se cumpla ese deducible y ese pago se deberá hacer al final de cada sesión. Entiendo que si la compañía de seguros me envía el pago de los servicios directamente, ese saldo debe ser enviado o entregado en The Family Connection en las oficinas de Río Rancho o de Los Lunas dentro de las 72 horas hábiles siguientes a su recepción.



5. Entiendo que soy responsable de notificar a The Family Connection, LLC inmediatamente sobre cualquier cambio en mi seguro, incluyendo la cancelación de una póliza y/o cambio de plan. También entiendo que soy responsable de pagar todas las sesiones de acuerdo con esos cambios.
6. Entiendo que puedo solicitar una estimación de buena fe en relación con el coste estimado de los servicios, en cumplimiento de la Ley sobre la Prohibición de Secretos.
7. Entiendo que es mi responsabilidad establecer un plan de pago lo antes posible, en caso de que haya dificultades financieras que interfieran con mi capacidad de pago. Trabajaremos con cada cliente para crear un plan de pago adecuado. The Family Connection espera que usted se adhiera al contrato que establezca y nos notifique si el contrato de pago debe ser renegociado. Utilizamos los servicios de una agencia de cobro. Entiendo que The Family Connection, remitirá cualquier saldo que sobrepase los 60 días, sin contrato de pago, a nuestra agencia de cobranza y cualquier cargo asociado con la misma irá por mi cuenta. Tú aceptas reembolsarnos los honorarios de cualquier agencia de cobranza, que pueden basarse en un porcentaje de un máximo del 50% de la deuda, y todos los costos y gastos, incluidos los honorarios razonables de los abogados, en que incurramos en dichos esfuerzos de cobranza. TFC se reserva el derecho de exigir que el pago de los servicios se realice en el momento del servicio o antes, para los saldos pendientes de más de \$500. También entiendo que TFC puede negarse a tratar a los pacientes cuyos saldos pendientes superen los 500 dólares y que no estén haciendo pagos regulares del saldo.
8. Entiendo que The Family Connection cree que los asuntos que has traído a la terapia son importantes. Te pedimos que participes en este contrato de asesoramiento cumpliendo con las citas que has programado.
9. El padre/La madre /tutor/a es responsable del pago de los servicios prestados a la cuenta de tus dependientes. Entiendo que es la política de The Family Connection que en circunstancias en las que los padres comparten la custodia legal, ambos padres serán responsables del pago de los servicios prestados a su hijo. Estoy de acuerdo en aceptar esa responsabilidad por tales pagos.

*Declaración jurada:*

*He leído, entendido y estoy de acuerdo en cumplir con la Política de Responsabilidad Financiera del Cliente de The Family Connection, LLC, descrita anteriormente. Entiendo que soy responsable de todos los cargos asociados con mi cuidado, incluyendo pero no limitado a los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y deducibles aplicables. Tengo conocimiento de que estas políticas no obligan a The Family Connection, LLC a extender el crédito.*

*Doy mi autorización para que mis beneficios del seguro se paguen directamente a The Family Connections, LLC.*

[WWW.NMFamilyConnection.com](http://WWW.NMFamilyConnection.com)

(505) 717-1155





*Autorizo a The Family Connection, LLC a divulgar la información pertinente a mi compañía de seguros cuando se solicite o para facilitar el pago de una reclamación.*

---

Paciente / Responsable En letra imprenta

Fecha

---

Paciente / Responsable En letra imprenta

Fecha



Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Derechos y responsabilidades del cliente

- Tienes **derecho** a recibir información sobre los servicios de The Family Connection, LLC, terapeutas, pautas de tratamiento y tus derechos y responsabilidades.
- Tienes **derecho** a ser tratado con dignidad y respeto.
- Tienes **derecho** a la privacidad y confidencialidad. Entiendo que durante las sesiones de pareja la confidencialidad se refiere a la unidad de la pareja.
- Tienes **derecho** a participar con tu terapeuta en la toma de decisiones sobre la planificación de tu tratamiento.
- Tienes **derecho** a acceder a los apoyos que se dan aparte de tus citas de asesoramiento, como el uso de 911 en emergencias o al apoyo telefónico 24/7 NM Crisis & Access Line llamando al 1-855-662-7474, un servicio de apoyo gratuito y confidencial
- Tienes **derecho** a expresar quejas sobre The Family Connection y/o los cuidados que se te proporcionan.
- Tienes **derecho** a hacer recomendaciones sobre estos "Derechos y Responsabilidades de los Clientes".
- Tienes la **responsabilidad** de proporcionar, en la medida de lo posible, la información que The Family Connection, LLC y sus terapeutas necesitan para tu tratamiento.
- Tienes la **responsabilidad** de seguir los planes e instrucciones que has acordado con tu terapeuta.
- Tienes la **responsabilidad** de participar, en la medida de lo posible, en la comprensión de tus problemas de salud mental y el desarrollo de objetivos de tratamiento mutuamente acordados.
- Tienes la **responsabilidad** de cancelar tus citas con un mínimo de 24 horas de antelación.
- Tienes la **responsabilidad** de notificar y trabajar con tu terapeuta en relación con cualquier asunto de seguridad para ti u otros, incluyendo el seguimiento de los contratos de seguridad acordados.

---

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## Divulgación de información médica sobre la salud mental para la coordinación de la atención con PCP

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/la madre/tutor/a legal (si procede): \_\_\_\_\_ Vínculo con el paciente: \_\_\_\_\_

El actual sistema de salud es complicado. Cuando los pacientes reciben atención médica, pueden interactuar con cualquier número de proveedores en múltiples entornos y si los proveedores de atención médica no se coordinan entre sí, las consecuencias pueden ser perjudiciales para el paciente. Como proveedor de la comunidad, aspiramos a asegurarnos de que recibas la mejor calidad de atención, lo que incluye ofrecerte la oportunidad de permitir que tu atención se coordine con tu proveedor de atención primaria. Por favor, llena el siguiente formulario para indicarnos qué información, si la hay, deseas que se comparta con tu proveedor de atención primaria.

- NO autorizo** que se divulgue información sobre mi tratamiento de salud física/mental
- Autorizo** a The Family Connection, LLC a usar y revelar la información de salud protegida como se indica a continuación:
- o Todos los historiales de salud relacionados con el abuso de drogas/alcohol/sustancias
  - o Todos los historiales de salud relacionados con discapacidades emocionales/mentales/de desarrollo/condiciones psiquiátricas (**excluye las anotaciones de psicoterapia**)
  - o Otros: \_\_\_\_\_

Revelación de información médica de/para The Family Connection LLC a/de mi:

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información médica puede ser usada para coordinar mi cuidado.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que mis proveedores de atención médica pueden haber divulgado ya los historiales de acuerdo con esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación. Entiendo que esto permanecerá en vigor hasta el final del tratamiento a menos que se indique aquí una fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a que yo firme esta autorización.

Entiendo que esta información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede dejar de estar protegida por la ley federal o estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Escala de síntomas de angustia

Durante los últimos siete (7) días, más o menos, ¿cuánto te angustiaste o sentiste afectado por:

	nada en lo absoluto	un poco moderadamente	bastante	extremadamente	
a. Nerviosismo o temblores en tu interior.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
b. Sentirte asustado sin razón....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
c. Sentirte temeroso .....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
d. Sentirte tenso o nervioso.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
e. Episodios de terror de pánico.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
f. Sentirte tan inquieto que no puedes estar quieto.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
g. Sensación de pesadez en brazos o piernas.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
h. Sentir miedo de salir de tu casa solo....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
i. Sentirte inútil.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
j. Sentirte solo incluso cuando estás con gente...	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
k. Sentirse solo incluso cuando estás con gente...	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
l. Sentirse deprimido.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
m. Sentirte solo.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
n. Sin sentir interés por las cosas.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
o. Sentir miedo en espacios abiertos o en la calle.....	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
SUMAR TODAS LAS COLUMNAS					TOTAL (mín: 15, máx: <input style="width: 50px;" type="text"/> )

Nombre del cliente Fecha de nacimiento N° de seguridad social Fecha

Puntuación ejecutada por Título Fecha de puntuación

Sólo para uso de la oficina:

Puntuación: Se considera que las posiciones con una puntuación de 3 o más son indicativas de una situación de peligro grave. Una puntuación total sumada de 25 o más indica una angustia moderada; puntajes de 33 o más indican una angustia severa que requiere intervención inmediata.

Nombre:	Fecha de nacimiento:
---------	----------------------

**Formulario de detección de la depresión en adultos**

**Escala de autocalificación de la depresión de Zung**

INSTRUCCIONES Por favor, rellene una respuesta para cada una de las 20 afirmaciones siguientes basadas en cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas o más. Entonces, por favor, responda a la declaración de libre disposición después del punto 20.

	Ninguno o un poco del tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Casi siempre o todo el tiempo	Calificación del tópico
1. Me siento abatido, triste y deprimido.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
3. Tengo ganas de llorar o me siento como si quisiera hacerlo.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
5. Como tanto como antes.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
6. Disfruto mirando, hablando y estando con mujeres y hombres atractivos.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
7. Noto que estoy perdiendo peso.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
8. Tengo problemas de estreñimiento.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
9. Mi corazón late más rápido que de costumbre.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
10. Me canso sin razón.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
11. Mi mente está tan clara como antes.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
12. Me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
13. Estoy inquieto y no puedo quedarme quieto.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	

14. Me siento lleno de esperanzas en cuanto al futuro.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
15. Estoy más irritable que de costumbre.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
17. Siento que soy útil y necesario.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
18. Mi vida está bastante llena.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer.	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	

Puntuación bruta	
Índice SDS	

Firma del paciente

	Nada o un poco del tiempo	Algunas veces	Buena parte del tiempo	Casi siempre o todo el tiempo
Recientemente he pensado o estoy pensando en suicidarme				



# Comunicación electrónica

## Consentimiento en caso de transmisión no segura

---

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

MÓVIL n°: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**Este formulario de consentimiento es para la comunicación de Información de Salud Protegida ("PHI") que The Family Connection LLC puede transmitir, sin la autorización escrita del cliente, como se describe en la sección de Usos y Revelaciones de la Notificación de Prácticas de Privacidad de The Family Connection.**

Durante el curso del tratamiento puede resultar útil comunicarse por correo electrónico, mensaje de texto (por ejemplo, "SMS") u otros métodos electrónicos de comunicación. Te informamos que estos métodos, en su forma típica, no son medios de comunicación confidenciales. Si usas estos métodos para comunicarse con The Family Connection LLC hay una posibilidad razonable de que un tercero pueda interceptar y escuchar esos mensajes. Los tipos de partes que pueden interceptar estos mensajes incluyen, pero no se limitan a:

- Personas de tu casa u otros entornos que pueden acceder a tu teléfono, computadora u otros dispositivos que utilizas para leer y escribir mensajes.
- Tu empleador, si usa el correo electrónico de tu trabajo para comunicarse con The Family Connection LLC.
- Terceros en la Internet, como los administradores de servidores y otros que vigilan el tráfico de Internet.

### CONSENTIMIENTO PARA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA POR MEDIOS NO SEGUROS

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente consiento y autorizo a The Family Connection LLC a comunicar mi PHI a través de las siguientes transmisiones no seguras (por favor pon tus iniciales en todas tus opciones):



\_\_\_\_\_ Celular/Móvil, incluyendo mensajes de texto \_\_\_\_\_ Correo electrónico no seguro

Yo, \_\_\_\_\_, consiento y autorizo a The Family Connection LLC a transmitir la siguiente PHI por las comunicaciones electrónicas seleccionadas arriba (por favor pon tus iniciales en todas tus elecciones):

- \_\_\_\_\_ Información relacionada con la programación de citas
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con la facturación y los pagos

\_\_\_\_\_ Información relacionada con tu tratamiento de salud mental (puede contener materiales personales, formularios, artículos sugeridos, tareas, etc.)

\_\_\_\_\_ Mi historial médico, en parte o en su totalidad, o resúmenes de material de mi historial médico.

\_\_\_\_\_ Otra información; por favor, descríbela: \_\_\_\_\_

Entiendo además que si inicio una comunicación por medios electrónicos que no he consentido específicamente en este formulario, necesitare enmendar este formulario de consentimiento para que mi terapeuta pueda comunicarse conmigo por ese método.

Se me ha informado de los riesgos, entre otros, de la confidencialidad de mi tratamiento, de transmitir mi información médica protegida por medios no seguros. Entiendo que no estoy obligado a firmar este acuerdo para recibir tratamiento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Firm  
del cliente, padre/madre o tutor/a Fecha

\* Por favor, llenar **sólo** si **NO** consientes en los medios de comunicación no seguros arriba mencionados: Yo, \_\_\_\_\_, **NO** consiento en la transmisión de PHI por medios no seguros, sino que prefiero recibir información sobre la comunicación a través de un portal seguro.  
\_\_\_\_\_(Por favor, pon tus iniciales)