



Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

E-Fax: (855) 616-0829

MEDICAL CENTER
9500 Tioga Drive
San Antonio, Texas 78230
210-616-0828

DOWNTOWN/WESTSIDE
700 S. Zarzamora
San Antonio, Texas 78207
210-375-4593

SOUTHSIDE
102 Palo Alto Rd., Suite 300
San Antonio, Texas 78211
210-922-0828

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE

Bienvenido a nuestra práctica. Por favor, complete las siguientes preguntas de la forma más completa posible.
POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O LEGIBLE.

Padre/Guardián:	Fecha:
Nombre del Cliente:	Fecha de nacimiento del cliente:
Dirección Actual Calle: Cuidad/Estado: Código Postal:	Sexo al nacer niño <input type="checkbox"/> niña <input type="checkbox"/> Número de Teléfono Correo Electrónico Número de Seguro Social
Estado Legal/Civil: <input type="checkbox"/> Solter@ <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/> Divorciad@ <input type="checkbox"/> otro:	
Nación/Tribu/Identidad Étnica:	Religión:
Idioma Principal del Cliente:	Secundario:
Fuente de Referencia:	Teléfono:
Contacto de Emergencia:	Teléfono:

¿Está bajo una orden judicial para un caso de custodia de menores?

☐ Sí o ☐ No

En caso afirmativo solicite los documentos: R1, R2, R3 en la recepción

Relaciones de Familia

El cliente tiene hijos? ☐ NO APLICA

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Custodia? S/N	Vive con?	Información Adicional

Quién más 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:

HISTORIAL DE FAMILIA**HISTORIAL DE FAMILIA (seleccione todo lo que aplique):**

	Madre	Padre	Hermanos	Tía	Tío	Abuelos
Abuso de Alcohol/Sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial de Tratamiento Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno por déficit de atención/hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Comportamiento Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encarcelamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios:						

(Seleccione todo lo que aplique) ☐ NINGUNO APLICA

Fuente de Recursos	Residencia	Participación Jurídica
<input type="checkbox"/> Recipiente de Food Stamp	<input type="checkbox"/> Sin residencia permanente	<input type="checkbox"/> Servicios de Protección(APS/CPS)
<input type="checkbox"/> Recipiente de TANF	<input type="checkbox"/> Residente en un Refugio	<input type="checkbox"/> Servicios Ordenados por la Corte
<input type="checkbox"/> Recipiente de SSI		<input type="checkbox"/> En Libertad a Prueba
<input type="checkbox"/> Recipiente de SSDI		<input type="checkbox"/> En Libertad Condicional
<input type="checkbox"/> Recipiente de SSA (jubilación)		<input type="checkbox"/> Excarcelación Anticipada
<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación	Discapacidad	<input type="checkbox"/> Monitoreo Mandatorio
<input type="checkbox"/> Recipiente de Medicaid	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	
<input type="checkbox"/> Recipiente de Medicare	<input type="checkbox"/> Trastorno Mental Severo	Otros
	<input type="checkbox"/> Deshabilitado para el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Embarazada
		<input type="checkbox"/> Mujer con dependientes

Funcionamiento Físico

Alergias (Medicamento Y Otro):				
Condiciones Médicas:				
Medicamentos actuales (incluyendo suplementos de hierbas, vitaminas y de venta libre):				
Medicamentos Pasados:				
Historial Médico incluyendo hospitalización/tratamiento residencial (Incluyendo todos los tratamientos de hospitalización y/o ambulatorios incluyendo psiquiátrico hospitalizado, consejería ambulatoria):				
Fechas	Hospitalizado/Ambulatorio	Lugar	Razón	Dado de baja Sí/No
Cirujías:				

☐ **NO APLICA** Nombre: _____ Fecha: _____

[illegible]**Medicamentos Pasados:**

Cuestionario de Dolor

Tratamiento del dolor: Está experimentando dolor ahora? ☐ Sí ☐ No
Si es así, indique el dolor en la escala entre 1-10 (con el 10 siendo el más severo)

Está recibiendo tratamiento para el dolor? ☐ Sí ☐ No

Nutrición

Appetito: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo, por favor explique	
<input type="checkbox"/> Recientemente Perdida/Aumento de peso significativo	<input type="checkbox"/> Necesidades Dietéticas Especiales
<input type="checkbox"/> Alergias de Comidas	
Comentarios:	

Social

Red Social de Apoyo? (Indique la red social usando la escala con 1 Debil a 5 Fuerte)			
Familia Inmediata		Familia Extendida	
Amigos		Escuela	
Trabajo		Comunidad	
Religión		Otro	

Situación de Vivienda

Nombre: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/> Vivienda Adecuada	<input type="checkbox"/> Vivienda peligrosa	<input type="checkbox"/> Barrio del Estado Tribunal Tribal	<input type="checkbox"/> Dependiente de Otros
<input type="checkbox"/> Vivienda Sobrepoblada	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> En Riesgo de Quedarse sin Hogar
Información Adicional:			

Empleo: Está Trabajando Actualmente?

<input type="checkbox"/> Sí	Empleador:	Empleo: Está Trabajando Actualmente?	
<input type="checkbox"/> Satisfecho	<input type="checkbox"/> Insatisfecho	<input type="checkbox"/> Conflicto de Supervisores	<input type="checkbox"/> Conflicto de Compañero de Trabajo
<input type="checkbox"/> No	Ultimo Empleador:	Razón de Irse:	
<input type="checkbox"/> Nunca Empleado	<input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Historial de trabajo Inestable

Situación Económica

Presencia o ausencia de dificultades financieras:			
<input type="checkbox"/> Ningún Problema Actual	<input type="checkbox"/> Deudas Grandes	<input type="checkbox"/> Conflicto de Relaciones	
<input type="checkbox"/> Gastos impulsivos	<input type="checkbox"/> En o por debajo de la pobreza	<input type="checkbox"/> Dificultades Financieras	
Fuente de Ingresos (seleccione todo lo que aplique)			
Empleado:		Desempleado:	<input type="checkbox"/> Asistencia Pública
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial		<input type="checkbox"/> Buscando Trabajo	
<input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal		<input type="checkbox"/> No á buscando trabajo	
<input type="checkbox"/> Independiente			
<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> SSD	<input type="checkbox"/> SSDI	<input type="checkbox"/> SSI
<input type="checkbox"/> Discapacidad Médica del Empleador		<input type="checkbox"/> Otros:	

Historial Militar

<input type="checkbox"/> Nunca se enlistó en las fuerzas armadas, O	Combate: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Baja:	
<input type="checkbox"/> Rama de Servicio		<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Deshonrosa <input type="checkbox"/> Otro

Estatus Legal

Pasado o Actual Problemas legales (seleccione todo lo que aplique)?		
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Pandillas	<input type="checkbox"/> DUI/DWI
<input type="checkbox"/> Arrestos	<input type="checkbox"/> Convicción	<input type="checkbox"/> Detención
<input type="checkbox"/> Carcel	<input type="checkbox"/> Violación de libertad condicional	<input type="checkbox"/> Otro:
En caso afirmativo, a cualquiera de los anteriores, por favor explique:		
Algún tratamiento ordenado por la corte? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación) <input type="checkbox"/> No		
Ordenado por	Delito	Período de Tiempo

Orientación Sexual

Nombre: _____ Fecha: _____

☐ Heterosexual☐ Homosexual☐ No está en la lista (por favor especifique): _____☐ Bisexual☐ Transgénero**Educación**

Nivel educativo (seleccione una):

☐ Menos de 12 años – escribe años completados☐ Alguna Universidad o Escuela Técnica☐ Graduado de la Escuela Secundaria☐ Graduado de la Universidad☐ Desconocido

Si sigue asistiendo, Escuela/Grado actualmente:

Escuela Vocacional/Área de Habilidad:

Universidad/Escuela Graduada – Años Completados/Título:

Evaluación Funcional

Utiliza o necesita dispositivos de asistencia o adaptables (seleccione todo lo que aplique):

☐ Ninguna☐ Lentes☐ Andador☐ Braille☐ Aparato Auditivo☐ Bastón☐ Muletas☐ Silla de Ruedas☐ Información Escrita Traducida☐ Interprete para Hablar☐ Otros:☐ ¿Historia de caídas? ☐ Sí ☐ No Explique:**Ocio & Recreación**

Cuál de las siguientes opciones disfruta? (seleccione todo lo que aplique)

☐ 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 Música☐ Pasar timepo en barEs/clubs☐ Ir a Casinos☐ Otros:

Qué limita el ocio /actividades recreacionales del cliente?

Psicológico

Historial del estado de ánimo deprimido

☐ Sí☐ No

Historial de irritabilidad, enojo o violencia (rabietas, herira otros, cruel con los animales, destruye la propiedad):

Patrón de Sueño:

Número de horas por día:

Tiempo hasta el inicio del sueño?

☐ Normal☐ Durmiendo Demasiado☐ Durmiendo muy pocoCapacidad para Concentrarse: ☐ Normal☐ Dificultad para concentrarse

Nivel de Energía:

☐ Bajo☐ Promedio/Normal☐ Alto

Antecedentes de síntomas/actuales de PTSD (TEPT) (re-experimentar, evitación, aumento de la incitación)? Selocione todo lo que aplique

☐ Recuerdos, pensamientos o percepciones intrusivas☐ Pesadillas☐ Recuerdos☐ Evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones☐ Adormecimiento
Desprendimiento☐ Visualización restringida de
emociones☐ Evitando gente, lugares, actividades☐ Mal sueño☐ Irritabilidad☐ Hipervigilancia☐ Otros:

Abuso/Adicción – Química & Conductual

Droga	Edad al Primer Uso	Patrón reciente de uso (Frecuencia & Cantidad, etc)	Fecha de Último Uso
Alcohol			
Cannabis/CBD			
Cocaína			
Estimulantes (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 del consumo de Drogas/Alcohol (seleccione todo lo que aplique) ☐ NO SE APLICA

<input type="checkbox"/> Resacas	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Desvanecimientos	<input type="checkbox"/> Juergas
<input type="checkbox"/> Sobredosis	<input type="checkbox"/> Aumento de Tolerancia (necesita más para drogarse)	<input type="checkbox"/> Sangrado gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática
<input type="checkbox"/> Problemas de Sueño	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Problemas de Relación	<input type="checkbox"/> Dejar la Escuela
<input type="checkbox"/> Despedido del Trabajo	<input type="checkbox"/> DUIs (Manejando bajo la influencia)	<input type="checkbox"/> Asaltos	<input type="checkbox"/> Arrestos
<input type="checkbox"/> Encarcelamientos	<input type="checkbox"/> Homicidio	<input type="checkbox"/> Otros:	

Desencadenantes para usar (indique todos los que apliquen) ☐ NO SE APLICA

¿El cliente ha tenido alguno de los siguientes problemas en los comportamientos de juego/apostar?

Seleccione todo lo que aplique:

<input type="checkbox"/> Apostando más tiempo de lo planeado	<input type="checkbox"/> Apostar hasta el último centavo
<input type="checkbox"/> Pérdida de sueño por pensar en apostar	<input type="checkbox"/> Usó ingresos o ahorros para apostar mientras dejaba que las facturas no se pagaran
<input type="checkbox"/> Pedir dinero prestado para apostar	<input type="checkbox"/> Hizo intentos repetidos e infructuosos de parar de jugar/apostar
<input type="checkbox"/> Estado arrepentido después de jugar/apostar	<input type="checkbox"/> Infringiendo la ley o considerando violarla para financiar los juegos de azar
<input type="checkbox"/> Otros:	<input type="checkbox"/> Apostado para obtener dinero obligaciones financieros

Comportamiento Impulsivo/Riesgoso (pasado/actual) – Seleccione todo lo que aplique: ☐ NO SE APLICA

<input type="checkbox"/> Sexo sin protección	<input type="checkbox"/> Robar/Hurto	<input type="checkbox"/> Manejar Imprudentemente
<input type="checkbox"/> Participación en Pandillas	<input type="checkbox"/> Tráfico de Drogas	<input type="checkbox"/> Cargando/Usando Armas

Otro:

Fortalezas/Recursos (Indique la puntuación si está presente) 1-Adecuado 2- Más que lo promedio 3-Excepcional

	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		Perspicacia 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 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 (Si es 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:

ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD POR EL PAGO

COPIA DE NVBHA

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 \$ _____ hasta que se alcance el deducible y mi copago se reducirá, y el saldo restante será facturado a mi proveedor de seguros, **y que yo seré responsable de cualquier saldo por servicios no cubiertos por mi plan de seguro.**

Entiendo que soy responsable de una tarifa de cancelación de \$ 55 por 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 cobrar mi tarjeta por la tarifa de \$ 55. / Iniciales del Cliente/Terapeuta

Cliente y Terapeuta - Al agregar sus iniciales, ustedes reconocen las políticas:

/___Entiendo que el personal puede llamar para recordarme de 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 24 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 \$55 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 \$125 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 por cualquier preparación de deposición, comparecencia en la deposición, comparecencia en el tribunal y que este pago no es reembolsable. 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

<i>Información de Tarjeta de Crédito</i>	
Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Tipo de Tarjeta: <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Other _____	
Nombre en la Tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____	
Número de Tarjeta: _____	
Día que Expide(mm/yy): ____/____ CV de atrás: _____	
Código Postal: _____	
Correo Electrónico (Recibo): _____	

Yo, _____, autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a cobrar mi tarjeta de crédito mencionada arriba por los servicios acordados a continuación. Entiendo que mi información será guardada en un archivo seguro para futuras transacciones en mi cuenta.

Firma del titular de la tarjeta _____ Fecha: _____

Por favor escriba su inicial (Cliente/Terapeuta)

____/____ Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a mantener mi firma registrada para que se me cobre una tarifa de \$ 55 por no presentarse o por cancelar tarde. *(Esto se destruirá cuando finalice la relación de terapéutica)*

____/____ Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. que conserve mi firma en el archivo para que se le cobre el \$125 para papeleo de discapacidad y / o la documentación de FMLA. *(Esto se destruirá cuando finalice la relación terapéutica)*

____/____ Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a cobrar el resto del balance después de que mi seguro haya procesado mi reclamo y mandado el pago permitible *(Esto se destruirá cuando finalice la relación terapéutica)*

____/____ Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a mantener mi firma archivada para que se le cobre por mis visitas. *(Esto se destruirá cuando finalice la relación terapéutica)*

____/____ Sesiones en la oficina

____/____ Sesiones telefónicas o video llamadas (Yo entiendo que mi tarjeta será cobrada al confirmarse la cita, ya sea que hable con el personal, deje un mensaje de voz, o mande un correo electrónico y / o un texto)

____/____ Visitas en otras ubicaciones de NVBHA

Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

E-Fax: (855) 616-0829

MEDICAL CENTER
9500 Tioga Drive, Suite A
San Antonio, Texas 78230
210-616-0828

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-Associate / LMFT / LCSW / LMSW / PMHNP / LCDC / Pasante de Posgrado

Licencia #: _____ Supervisor (si se requiere)

Acercamiento a la terapia

Nueva Vida Behavioral Health Associates es una agencia informada de trauma. El cuidado informado sobre el trauma reconoce la necesidad de entender las experiencias de vida del cliente para poder ofrecer un cuidado eficaz y tiene el potencial de incrementar la participación del cliente, la adherencia al tratamiento, brindar mejores resultados de salud, así como el bienestar del cliente y del personal.

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 el proceso terapéutico. 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 avisenos 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.

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.

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 antes o al final de la sesión a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Asegúrese de completar con precisión la información del seguro / asegúradse de completar el formulario de admisión de la 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.

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:

- Estos 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.

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

Monitoreo de Seguridad

NVBHA en la ubicación de Tioga utiliza cámaras de seguridad en las áreas comunes. Las cámaras están ubicadas en el exterior del edificio, monitoreando ambas entradas, el estacionamiento y el área de juegos. Una cámara está ubicada en la sala de espera y otra en el área de recepción.

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.

Ética y estándar Profesional

Como consejeros profesionales con licencia, consejeros de matrimonio y familia con licencia, psicólogos, psiquiatras, y profesionales de enfermería estamos regulados por el Consejo Ejecutivo de Salud Conductual de Texas (Texas Behavioral Health Executive Council). El número del Consejo Ejecutivo de Salud Conductual de Texas es 512-305-7700. Si tiene alguna inquietud sobre el curso de la evaluación o el tratamiento, discútalo conmigo. Esperamos con interés trabajar con usted.

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
Relación con el Cliente
Fecha



9500 Tioga Dr.
San Antonio, Texas 78230

(210) 616-0828 * Phone
(855) 616-0829 * Fax

Fecha de solicitud _____
Teléfono _____
Fecha de recibo _____

Consentimiento para obtener información

Yo, autorizo y solicito por este medio a _____ para revelar registros obtenidos durante el curso del diagnóstico y tratamiento:

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ceder la información a : **Nueva Vida Behavioral Health Associates**
NOMBRE DE LA PERSONA O AGENCIA

<u>9500 Tioga Dr.</u>	<u>San Antonio</u>	<u>Texas</u>	<u>78230</u>
CALLE	Ciudad	Estado	Zona postal

Teléfono: **(210) 616-0828**

Fax : **(855) 616-0829**

Información Solicitada:

_____ Historia Médica
_____ Evaluación Diagnóstica Médica Tratamiento Medico Actual
_____ Evaluación Neurológica
_____ Evaluación Psiquiátrica
_____ Evaluación Psicológica y Neuropsicológica
_____ Registros legales _____

Consentimiento para compartir información

Yo autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. para revelar mis registros a _____, los cuales fueron obtenidos en el transcurso de mi tratamiento.

Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para negar la divulgación de información

Este consentimiento es sujeto a la revocación por el suscrito a cualquier momento excepto en la medida que se hayan tomado alguna acción en base a lo allí dispuesto, y si no se ha sido revocado previamente.

_____ Rechazo permitir la autorización de comunicación

Cliente – Si es mayor de 18

Fecha

Padre, guardian o Representante Autorizado del Paciente

Fecha

**Nueva Vida Behavioral Health Associates,
Inc. E-Fax: (855) 616-0829**

MEDICAL CENTER
9500 Tioga Drive, Suite A
San Antonio, Texas 78230
210-616-0828

DOWNTOWN
700 S. Zarzamora
San Antonio, Texas 78207
210-375-4593

SOUTHSIDE
102 Palo Alto Rd., Suite 300
San Antonio, Texas 78211
210-922-0828

Autorización para uso o divulgación de información médica protegida

Fecha requerida: ____/____/____

Información del cliente

Nombre: _____ fecha de nacimiento : ____/____/____

Receptor de información

Yo, _____ (relación con el cliente) autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a divulgar toda o cualquier información médica obtenida durante el curso del tratamiento a las siguientes personas: _____

1. Nombre: _____	Relación con el Cliente: _____
2. Nombre: _____	Relación con el Cliente: _____
3. Nombre: _____	Relación con el Cliente: _____
4. Nombre: _____	Relación con el Cliente: _____
5. Nombre: : _____	Relación con el Cliente: _____

Todas las personas en la lista que provean transporte deben mostrar una identificación en el momento de su cita para recibir los servicios.

Este consentimiento puede ser revocado por los firmantes en cualquier momento, a excepción del caso en el cual se haya llevado a cabo una acción contraria de alguno de los comparecientes. Si no es revocado con anticipación, el consentimiento terminará en un año sin ser necesaria una revocación expresa.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años)

____/____/____
Fecha

Padre, Tutor Legal o Representante autorizado por el cliente

____/____/____
Fecha

Para personas de 13 años en adelante.

PHQ9P

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 72883				
(US Spanish version of the PHQ)				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY 0 + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Para nada difícil <input type="checkbox"/> </div> <div> Un poco difícil <input type="checkbox"/> </div> <div> Muy difícil <input type="checkbox"/> </div> <div> Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> </div> </div>				
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EP10905.PHQ9P				
Confirmo que la información en este formulario es correcta.		Iniciales del paciente:		Fecha:

_____ MRN

_____ PROVEEDOR

Nombre: _____ Fecha: _____

Para personas de 13 años en adelante.

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún
día

Varios
días

Más de la
mitad de
los días

Casi todos
los días

(Marque con un " " para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

0

1

2

3

2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

0

1

2

3

3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes

0

1

2

3

4. Ha tenido dificultad para relajarse

0

1

2

3

5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)

0

1

2

3

6. Se ha molestado o irritado fácilmente

0

1

2

3

7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar

0

1

2

3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

Cuestionario de Dormir (TWCC) Para personas de 15 años en adelante.

Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

"Marque" que tan frecuente tiene los síntomas siguientes y si son un problema para ud.

Sintoma	Nunca es un problema 1	Casi nunca es un problema 2	En veces es un problema 3	A menudo es un problema 4	Casi siempre es un problema 5
Le cuesta trabajo dormir					
Despierta mientras duerme					
Despierta muy temprano por la mañana					
No puede dejar de pensar mientras trata de dormir					
Le da temor ir a la cama					
Duerme en el día					
Tiene que hacer más esfuerzo para respirar cuando duerme					
Despierta fatigado por la mañana					
Las piernas se sacuden solas mientras duerme					
Calambres, dolor, o le dan sensaciones extrañas en las piernas cuando se acuesta					
Se queda dormido involuntariamente durante el día					
Los musculos se le paralizan por momentos durante el día					
Le dan sensaciones extrañas al comienzo de dormir					
El dormir no le es refrescante					
Tiene malos sueños/ pesadillas					

Causas de los Problemas de DORMIR

Score: _____

"X"	El Problema de dormir es causado por o es peor cuando:
	Tiene dolor físico
	Está inquieto/tenso o cansado
	Tiene estrés personal
	Está decepcionado y enojado
	Preocupaciones o temores de su fractura, o problemas de estrés
	Malos efectos de su medicación
	El ambiente: es ruidoso, o el colchon es malo, etc.
	Temor a dormir
	No puede dejar de pensar
	Ya está impuesto a no dormir bien

Problema de DORMIR cuando empezó: Por cuánto tiempo ha tenido los problemas de dormir?

Problema de DORMIR la Frecuencia: De los 7 días de la semana, cuántas noches batalla para dormir? _____ de los 7 días.

Duración de DORMIR: En un periodo de 24-horas, cuántas horas duerme más o menos? _____ horas.

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

Despertar Cuando DUERME: Cuántas veces se despierta en la noche al dormir?

Después de despertar cuánto tiempo le lleva para quedarse dormido/a otra vez? _____

Eficacia al DORMIR: En lo general, qué tan refrescante es el dormir para ud.?

Tratamiento para el problema de DORMIR

Manejo de Medicamento: Ha ud. usado algún medicamento para que le ayude a dormir? ____ Si la respuesta es sí, qué medicamentos ha usado? _____

____ En estos momentos está ud. usando medicamentos que le ayuden a dormir? ____ Si la respuesta es sí, cuáles son, y cada cuánto los usa? _____

Medicamento-Propio: Ha ud. usado alcohol, pastillas sin receta, u otras sustancias que lo ayuden a dormir? ____ Si la respuesta es sí, qué usa y cada cuánto los usa? _____

Otros Tratamientos: Describa otros tratamientos que ud. usa o ha usado para que le ayuden a dormir. _____
Qué tan bien han funcionado los tratamientos que ha usado en el pasado? _____

Qué es lo que le ha ayudado a dormir más en el pasado? _____

Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.
Escala de Calificación del Comportamiento – (Página 1 de 2)

Nombre del Cliente: _____
N.º de Medicaid N.º de identificación del miembro: _____
Persona Completando el Formulario: _____

Edad: _____
Fecha: ____/____/____
Este formulario es para todas las edades

Indique el número a continuación que mejor describa la frecuencia/gravedad del problema en la persona que está describiendo:

1= De nada 2= Un poquito 3= Moderadamente 4= Bastante 5= Extremadamente

Depression/Ansiedad					
1	2	3	4	5	Baja autoestima; timidez o problemas para hacer amigos; sensibilidad a la crítica o al rechazo; sentimiento o insuficiencia
1	2	3	4	5	Sentirse decaído o triste, irritable, llorando fácilmente; sentirse fácilmente lastimado; cambios de humor rápidos
1	2	3	4	5	Sentirse desesperanzado sobre el futuro, pensamientos de lastimarse a sí mismo, pensamientos sobre la muerte o morir
1	2	3	4	5	Ansiedad de separación; aferrarse y/o dormir con los padres; temeroso de estar lejos de los padres; dificultad para ir a la escuela
1	2	3	4	5	Preocuparse demasiado por las cosas; sentirse tenso, ansioso, nervioso o tembloroso; fobias
1	2	3	4	5	Pesadillas; asustarse fácilmente; evitación; recuerdos relacionados con abusos pasados u otros traumas

Ira/ Irritabilidad/ Problemas de Comportamiento					
1	2	3	4	5	Problemas de control de la ira; pensamientos acerca de lastimar a otros; violencia; peleas, rabietas; crueldad a los animales; robando; prender fuego
1	2	3	4	5	Tenaz; desafiante, problema con la autoridad; participación en pandillas, participación en cultos

Relaciones					
1	2	3	4	5	Problemas con la crianza, la disciplina y/o la comunicación con su hijo
1	2	3	4	5	Problemas conyugales; conflicto familiar; peleas entre hermanos; conflictos con compañeros de trabajo
1	2	3	4	5	Problemas de relación, desconfianza, aislamiento interpersonal, discusiones frecuentes
1	2	3	4	5	Relaciones abusivas; víctima de abuso; perpetrador de abuso

Adicciones/Compulsiones					
1	2	3	4	5	Comportamientos obsesivo-compulsivos (es decir, limpiar, cocinar, hacer ejercicio, rituales, apostar a contar); pensamientos que no puedes sacar de tu cabeza, perfeccionismo; necesidad excesiva de control
1	2	3	4	5	Abuso de alcohol o drogas; describe
1	2	3	4	5	Fatiga; energía baja; problemas para concentrarse

Dormir/Comer/Desarrollo/Físico					
1	2	3	4	5	Problemas para comer/apetito (cambios en el apetito/peso, atracones/purgas)
1	2	3	4	5	Muchos síntomas físicos con dolor (sin una causa física conocida)
1	2	3	4	5	Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño, sueño inquieto, despertar temprano y no poder conciliar el sueño) dormido de espaldas, durmiendo demasiado)
1	2	3	4	5	Problemas sexuales
1	2	3	4	5	Retrasos en el desarrollo del habla/lenguaje, control de esfínteres, habilidades motoras, funcionamiento social/emocional; habilidades cognitivas/académicas

Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.
Escala de Calificación del Comportamiento – (Página 2 de 2)

Nombre del Cliente: _____
N.º de Medicaid N.º de identificación del miembro: _____

Fecha: ____/____/____
Todas Las Edas Completa

1= De nada 2= Un poquito 3= Moderadamente 4= Bastante 5= Extremadamente

Académico/Aprendizaje/Vocacional					
1	2	3	4	5	Malas calificaciones en la escuela; disminución del rendimiento laboral
1	2	3	4	5	Problemas de aprendizaje; problemas con la memoria; pensamiento lento

Proceso de Pensamiento					
1	2	3	4	5	Oír voces o ver visiones; confusión mental; creencias extrañas; paranoia

Estrés					
1	2	3	4	5	Problemas financieros
1	2	3	4	5	Problemas legales; caso judicial pendiente o juicio
1	2	3	4	5	Problemas de manejo del estrés; dificultades para afrontar y/o relajarse
1	2	3	4	5	Estrés relacionado con el trabajo
1	2	3	4	5	Problemas familiares (marque los que correspondan)
				<input type="checkbox"/>	Niñ@s difíciles de manejar
				<input type="checkbox"/>	Estrés marital
				<input type="checkbox"/>	Abuso conyugal
				<input type="checkbox"/>	Abuso infantil

Falta de Atención/Hiperactividad					
1	2	3	4	5	Hiperactivo; impulsivo; inquieto
1	2	3	4	5	Desatento, desorganizado, olvidadizo, fácilmente angustiado

Otros problemas no enumerados anteriormente:

Fortalezas del Niñ@/Adolescente

☐ creative@
 ☐ curios@
 ☐ mente abierta
 ☐ le encanta aprender
 ☐ tiene un sentido de perspectiva que él / ella ofrece a otros
 ☐ authentic@
 ☐ valiente
 ☐ puede ser persistente cuando quiere algo
 ☐ Acercarse vida con emoción y tipo de energía
 ☐ valorar el amor y las relaciones con los demás
 ☐ consciente de cómo otros se sienten
 ☐ just@
 ☐ tiene buenas habilidades de liderazgo
 ☐ trabaja bien con otros
 ☐ puede perdonar a otros
 ☐ modest@
 ☐ toma decisiones cuidadosa y cuidadosamente
 ☐ aprecia cosas hermosas
 ☐ agradecid@
 ☐ tiene esperanza
 ☐ tiene un buen sentido del humor

Nueva Vida Behavioral Health Associates
SYMPTOMS DISTRESS CHECKLIST
Lista de síntomas de estrés

Nombre del cliente: _____ Edad: _____

No. de Medicaid No. de identificación del miembro: _____ Fecha: _____

Persona completando el formulario: _____

Este formulario es para todas las edades

Estas frases se tratan de cuánto ha sentido estrés o molestia durante los últimos siete (7) días. Para cada frase, por favor marque la cajita de a lado que corresponde a cómo se ha sentido.

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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse tan inquieto(a) que no puede estar tranquilo(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse asustado(a) de repente por ninguna razón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentimientos de no ser valioso(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse triste
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Momentos de terror o de pánico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentir pesadez en los brazos o en las piernas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse solo(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse tenso(a) o ansioso(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentirse solo(a) aún cuando está con gente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tener miedo de salir de la casa solo(a)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No sentir interés en las cosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentir miedo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentir debilidad en partes de su cuerpo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo o temblores adentro
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentir miedo en espacios abiertos o en la calle

Firma de paciente adulto o padre/tutor

Fecha



Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

**Por favor, llene el siguiente cuestionario PCL-5 si
presenta reacciones de estrés severas.**

Para personas de 18 años en adelante.

Nombre: _____ Fecha: _____

PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

<i>Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardíacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Score: _____

[illegible]