



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

CONFIDENTIAL CLIENT INFORMATION

Welcome to our practice. Please fill out the following questions as completely as possible.
PLEASE PRINT OR WRITE LEGIBLY.

Demografía

Nombre del Cliente:	Fecha:
Dirección Actual Calle: _____ Cuidad/Estado: _____ Código Postal: _____	# de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento	Estado Legal/Civil:
Nación/Tribu/Ethnicidad:	
Idioma Principal del Cliente:	Secundario:
Fuente de Referencia: _____ Contacto de Emergencia: _____	Teléfono: _____ Teléfono: _____

Relaciones de Familia

¿El cliente tiene hijos? NO SE 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

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

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

Nombre: _____ Fecha: _____

Nutrición

Apetito:	<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

Comentario:

Situación de Vivienda

<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 Sobrepopulada	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento	<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> En Riesgo de Quedarse sin Hogar

Información Adicional:

Empleo: Estás Trabajando Actualmente?

<input type="checkbox"/> Sí Empleador	Empleo: Estás 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 Último Empleador:	Razón Para 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: (Opcional)			
<input type="checkbox"/> Ningun Problema Actual Sobre Finanzas	<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)

Empleo:	Desempleo:	Asistencia Pública
<input type="checkbox"/> Completo hora	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Buscando Trabajo
<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> No está buscando trabajo
<input type="checkbox"/> Independiente		
<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> SSD	<input type="checkbox"/> SSDI
<input type="checkbox"/> Discapacidad Médica del Empleador		<input type="checkbox"/> Otros:

Historial Militar:

<input type="checkbox"/> Nunca se enlistó en las fuerzas armadas, O	Combat:	Tipo de Alta:
<input type="checkbox"/> Rama de Servicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> Medica
		<input type="checkbox"/> Deshonroso <input type="checkbox"/> Otro

ORIENTACION SEXUAL

<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual
<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Transgénero
<input type="checkbox"/> Ninguna por el momento	

Estatus Legal

Problemas legales pasados o actuales (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 explicar:

<input type="checkbox"/> ¿Algun tratamiento ordenado por la corte? <input type="checkbox"/> Sí (explique a continuación)	<input type="checkbox"/> No
Ordenado por	Ordenado por

Educación

Nivel educativo (seleccione una):		
-----------------------------------	--	--

Menos de 12 años – indique años completados Alguna Universidad o Escuela Técnica 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/Título:

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 Televisión/Películas Ir al “Centro” Quedarse en Casa Escuchar Música Pasar tiempo en bars/clubs Ir a Casinos Otros:

¿Que limita el ocio/actividades recreacionales del cliente?

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:**Psicológico**

Historial de estado de animo deprimido

 Sí No

Historial de irritabilidad, enojo o violencia (rabietas, herir a 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 poco

Capacidad 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) Seleccione 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 Ultimo Uso
Alcohol			
Cannabis			
Cocaína			
Estimulantes (cristal, Speed anfetamina)			
Metanfetamina			
Inhalantes (Gas, Pegamento de Pintura)			
Alucinógeno LSD PCP Hongos			
Opioides (heroína Esteroides)			
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 mEas 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"/> Perdida 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 infrutuosos 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 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 \$ _____ 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 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)

Por favor llene toda la información. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento al contactarnos. Esta autorización se mantendrá válida hasta su cancelación.

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 \$ 55 por no presentarse o por cancelar tarde. Esto se destruirá cuando finalice la relación terapéutica.

Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associate, Inc. que conserve mi firma en el archivo para que se le cobre \$125 por 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 referentes a mis sesiones incluyendo sesiones fuera de la oficina. Esto se destruirá cuando finalice la relación terapéutica

Sesiones telefónicas

Visitas en otras ubicaciones de NVBHA

Nombre impreso:	Nombre impreso del terapeuta:
Firma:	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
 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, síntase libre de discutirlo antes de firmar

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

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 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 parent (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 comprometen 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 envíemos 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 / aseguradse 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.
- 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, síntase 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.

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 reembolsados. 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, consejeros de matrimonio y familia con licencia, psicólogos, psiquiatras, y profesionales de enfermería estamos regulados por la Junta Examinadora de Asesores Profesionales con Licencia del Estado de Texas. El número de la Junta Examinadora de Asesores 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.

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

INVENTARIO BAI

Nombre: _____ Fecha de Hoy: _____

A continuación se mencionarán algunos síntomas comunes de ansiedad . Por favor lea cuidadosamente e indique cuánto le ha molestado cada síntoma en la semana pasada, incluyendo el día de hoy marcando la cajita correspondiente.

	Para Nada (0)	Un Poco (1)	Moderado (2)	Severamente (3)
SUJECTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puede relajarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo a que pase lo peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temeroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miedo de perder el control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PANICO				
El corazón le palpita muy rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siente que se ahoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEUROPSICOLOGICO				
Adormecimiento y Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siente debilidad en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siente mareo o debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No se siente fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siente temblor en las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tremor generalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTONOMICO				
Siente mucho calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indigestión o incomodidad en el abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Su cara está muy sonrojada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor (no causado por el calor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 – 18, Un Poco

19 – 29, Moderado

30 – 63, Severo

_____ , _____

BDI INVENTARIO

Nombre: _____

Fecha de hoy: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario 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. Asegúrese de leer las preguntas correctamente antes de elegir.

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.

PESIMISMO

- 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.

INSATISFACCION

- Las cosas tienen la misma satisfaci'on que antes. No
- me divierten las cosas igual que antes.
- Ya no tengo satisfacci'on de nada de lo que hago.
- Estoy insatisfecho(a),o aburrido con todo.

LLORAR

- No lloro m's de lo que es normal para m'.
- Lloro m's ahora que lo que lloraba antes.
- Lloro todo el tiempo ahora.
- Antes pod'ia llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.

IRRITABILIDAD

- Me irrito/enojo igual que antes.
- Me enojo o irrito m's 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 har'a.
- S' me gustar'a matarme.
- Yo me mataría si tuviera la oportunidad.

INDECISION

- Tomo decisiones igual que lo he hecho siempre.
- No tomo decisiones tan pronto como antes.
- Tengo m's dificultad en tomar decisiones .
- No puedo tomar decisiones para nada

CASTIGOS

- No siento que me est'n castigando por algo que hice
- S' siento que me puden castigar por algo.
- Creo que me castigarán un d'a.
- Siento que me est'n castigando ahora.

ACUSACIONES PROPIAS

- No siento que soy peor que nadie as.
- 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 m's que otra gente.
- Cuando veo mi vida , todo lo que veo son muchos fracasos.

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 por problemas como dolores de estomago o constipaci'on.
- Estoy muy preocupado por mis problemas f'sicos y es dificil pensar en otras cosas.
- Estoy tan preocupado de mis problemas f'sicos que no puedo pensar en nada m's.

FATIGA

- No me canso m's de lo usual.
- Me canso m's pronto que antes.
- Me canso cuando hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado que no hago nada.

INSOMNIA

- Puedo dormir igual que antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Despierto 1-2 horas m's 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 m's de 5 libras.
- He perdido m's de 10 libras.
- He perdido m's de 15 libras.

Estoy tratando de comer menos para perder peso.

Sí _____ No _____

PERDIDO DE LIBIDO

- No he notado cambio en mi inter's sexual.
- No me intereso tanto el sexo como antes.
- Mi inter's en el sexo es m's bajo que antes.
- He perdido todo inter's en el sexo.

DIFICULTAD DE TRABAJO

- Puedo trabajar casi igual que antes
- Me toma m's esfuerzo empezar hacer las cosas.
- Tengo que esforsarme demasiado para hacer algo.
- No puedo hacer nada de trabajo.

10 – 18, Poco-Moderado

19 – 29, Moderado-Severo

30 – 63, Severo-Extremo

Nombre _____

Fecha de Hoy: _____

Cuestionario de Dormir (TWCC)

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

Síntoma	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despierta mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despierta muy temprano por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puede dejar de pensar mientras trata de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le da temor ir a la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duerme en el dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene que hacer más esfuerzo para respirar cuando duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despierta fatigado por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las piernas se sacuden solas mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres, dolor, o le dan sensaciones extrañas en las piernas cuando se acuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queda dormido involuntariamente durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los musculos se le paralizan por momentos durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le dan sensaciones extrañas al comienzo de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El dormir no le es refrescante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene malos sueños/ pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Causas de los Problemas de DORMIR

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

Inicio del problema de DORMIR: ¿Por cuánto tiempo ha tenido los problemas de dormir? _____

Frecuencia problema de DORMIR: ¿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.

Cuánto 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? _____

Eficiencia del DORMIR: En lo general, ¿que tan refrescante es el dormir para usted? _____

Tratamiento para el problema de DORMIR

Manejamiento de Medicamento: ¿Ha usted usado algún medicamento para que le ayude a dormir? _____

Si la respuesta es sí, ¿qué medicamentos ha usado? _____

¿En estos momentos está usted 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 substancias que lo ayuden a dormir? _____

Si la respuesta es sí, ¿qué usa y cada cuánto los usa? _____

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

Firma de paciente adulto o parent/tutor

Fecha