

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

*Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.*

E-Fax: (855) 616-0829

MEDICAL CENTER9500 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**

Por favor responda las siguientes preguntas de la forma más completa posible

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA LEGIBLE

Padre/Guardián: _____		Fecha: _____	
Nombre del cliente: _____		Fecha de nacimiento del cliente: _____ Edad _____	
Número de teléfono de casa: _____ ☐ No aplica		Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino	
Número de teléfono de trabajo: _____ ☐ No aplica		Seguro Social: _____	
Número de celular: _____ ☐ No aplica			
El número de celular proporcionado recibe SMS/mensajes de texto para notificaciones/confirmaciones de citas: ☐ Sí ☐ No			
Correo electrónico: _____ ☐ No aplica			
Dirección Actual			
Calle: _____			
Ciudad/Estado: _____			
Código Postal: _____			
Estado Civil: ☐ soltero/a ☐ casado/a ☐ viudo/a ☐ divorciado/a ☐ separado/a ☐ otro: _____			
Origen étnico: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Prefiero no responder			
Raza: ☐ Blanco ☐ Indígena de América/Nativo de Alaska ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático			
☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____			
Tribu: _____ ☐ No Aplica			
Preferencia religiosa y/o restricciones (por favor especifique): _____ ☐ No Aplica			
Idioma preferido del cliente: _____			
Se requiere servicios de interpretación: ☐ No ☐ Sí (por favor especifique): _____			
Se está utilizando un intérprete para completar estos formularios: ☐ No ☐ Sí			
Fuente de referencia: _____			
Contacto de Emergencia			
Nombre: _____		Número de teléfono: _____	
Relación al cliente: _____			

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

☐ Sí ☐ No

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

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

RELACIONES DE FAMILIA

☐ No Aplica

¿Tiene hijos menores de edad?						
Nombre	Edad	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Custodia? Sí/No	¿Con quién vive?	Información adicional

¿Con quién más vive el cliente?
(Incluya esposo(a), pareja, hermanos, padres, otros parientes, amigos)

☐ No Aplica

Nombre	Edad	Sexo	Relación	Información adicional
Idioma principal del hogar/familia: _____			Idioma secundario: _____	

HISTORIAL DE FAMILIA

☐ No Aplica

Historial de familia incluye (seleccione todo lo que aplique):												
	Madre		Padre		Hermanos		Tía		Tío		Abuelos	
Abuso de alcohol/Susbtancias	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intento de suicidio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Historial de trastorno mental	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depresión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Esquizofrenia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastorno Bipolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alzheimer's	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastorno por déficit de atención/Hiperactividad	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastorono de aprendizaje	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de comportamiento escolar	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Encarcelamiento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Comentarios:												

Seleccione todo lo que aplique

☐ No Aplica

☐ Recipiente de Food Stamp	☐ Recipiente de Medicare	☐ En libertad bajo palabra
☐ Recipiente de TANF	☐ Recipiente de Medicaid	☐ Actualmente embarazada
☐ Recipiente de SSI	☐ Sin residencia permanente	☐ Mujer con dependientes
☐ Recipiente de SSDI	☐ Residente en un refugio	☐ Discapacidad física
☐ Recipiente de SSA (jubilación)	☐ Servicios de protección (APS/CPS)	☐ Trastorno mental severo
☐ Ingreso de jubilación	☐ En libertad condicional	☐ Discapacidad del desarrollo
☐ Servicios ordenados por al corte		

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

FUNCIONAMIENTO FÍSICO

☐ No Aplica

Historial Médico Previo incluyendo hospitalizaciones/tratamiento residencial
(incluya todo tratamiento hospitalario o ambulatorio, incluyendo hospitalización psiquiátrica, consejería ambulatoria y tratamiento por uso de sustancias):

Fechas	Lugar	Razón

Cirugías:

MEDICAMENTO(S) ACTUALES

☐ No Aplica

(Incluyendo medicamentos sin receta, suplementos)

Medico/a prescriptor/a	Motivo de la medicación	Tipo, Dosis, & Frecuencia	Aumento de dolor/síntoma	Sin alivio	Algo de alivio	Mucho alivio

Alergias a medicamentos:

Medicamentos previos:

CUESTIONARIO DE DOLOR

☐ No Aplica

Manejo del dolor

¿Está teniendo dolor ahora? Sí ☐ No ☐

Si respondió sí, califique su dolor del 1 al 10 (10 es el peor dolor posible): _____

¿Está recibiendo tratamiento para el dolor? ☐ Sí ☐ No

NUTRICIÓN

☐ No Aplica

Apetito: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Pobre, por favor explique:

¿Ha subido o perdido peso significativamente recientemente? ☐ Sí ☐ No

☐ Alergias a alimentos ☐ Necesidades dietéticas especiales

Comentarios:

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

HISTORIAL SOCIAL

☐ No Aplica

Red Social de Apoyo- Califique su red social de apoyo usando la escala del 1 al 5 (1 es debil, 5 es fuerte):

Familia Inmediata _____	Familia Extensa _____	Religión _____
Escuela _____	Trabajo _____	Comunidad _____
Otro _____	Amigos _____	

SITUACIÓN DE VIVIENDA

☐ No Aplica

☐ Vivienda adecuada	☐ Vivienda peligrosa	☐ Bajo tutela del estado o de un tribunal tribal	☐ Dependiente de otros
☐ Vivienda sobrepoblada	☐ Encarcelamiento	☐ Sin hogar	☐ En riesgo de quedarse sin hogar
Información adicional:			

EMPLEO: ¿Está actualmente empleado?

☐ No Aplica

☐ Sí	Empleador: _____	Puesto: _____
☐ Satisfecho ☐ Insatisfecho ☐ Conflicto con supervisor ☐ Conflicto con compañeros de trabajo		
☐ No	Último empleador: _____ Motivo de salida: _____	
☐ Nunca ha estado empleado ☐ Discapacitado ☐ Empleo inestable ☐ Estudiante, Nombre de escuela: _____		

SITUACIÓN ECONÓMICA

☐ No Aplica

Presencia o ausencia de dificultades económicas:	
☐ Ningún problema actual	☐ Deudas grandes ☐ Conflictos en la relación por cuestiones económicas
☐ Gastos impulsivos	☐ Nivel de pobreza o inferior ☐ Dificultades económicas ☐ Dependiente de otros
Fuente de ingreso (seleccione todo lo que aplique)	
Empleado:	Sin empleo:
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial	☐ En busca de trabajo actualmente
☐ Estacional ☐ Temporal	☐ No estoy en busca de trabajo
☐ Por cuenta propia	☐ Asistencia pública
☐ Jubilación ☐ SSD ☐ SSDI ☐ SSI ☐ Discapacidad médica a través del empleador	
☐ Other: _____	

HISTORIAL MILITAR

☐ No Aplica

☐ Nunca se alistó al servicio militar o ☐ Rama de servicio militar:
Combate: ☐ Sí ☐ No
Tipo de baja: ☐ Honorable ☐ Dishonrosa ☐ Medica ☐ Otro: _____

ESTADO LEGAL

☐ No Aplica

Problemas legales actuales or pasados (seleccione todo lo que aplique)?		
☐ Ninguno	☐ Pandillas	☐ DUI/DWI
☐ Arrestos	☐ Condena	☐ Detenido
☐ Carcel	☐ Libertad condicional	☐ Otro: _____

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Si respondió sí a alguna de las anteriores, por favor explique:

¿Algún tratamiento ordenado por la corte?

☐ Sí (por favor explique abajo)

☐ No

Ordenado por

Delito

Duración

ORIENTACIÓN SEXUAL

☐ Prefiero No Contestar

☐ Heterosexual

☐ Homosexual

☐ Bisexual

☐ No está en la lista (por favor especifique):

Indentidad de género

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ No está en la lista (por favor especifique):

EDUCACIÓN

☐ No Aplica

Nivel de educación (seleccione uno):

☐ menos de 12 años: años cursados _____

☐ High School (Escuela secundaria)/GED

☐ Algo de estudios universitarios o escuela técnica

☐ Graduado de la universidad

Nombre de la universidad _____ Años cursados _____ Título universitario/Carrera: _____

☐ Graduado de escuela técnica

Nombre de escuela técnica _____ Años cursados _____ Área de especialización _____

Sí aún asiste, nombre de la escuela y grado:

EVALUACIÓN FUNCIONAL

☐ No Aplica

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

☐ Ninguno

☐ Lentes

☐ Andador

☐ Braille

☐ Aparato auditivo

☐ Bastón

☐ Muletas

☐ Silla de ruedas

☐ Información escrita
traducida

☐ Interprete para hablar

☐ Otro:

☐ Historial de caídas?

☐ No

☐ Sí, explique:

OCIO Y RECREACIÓN

☐ No Aplica

¿Cuáles de lo siguientes disfruta? (Seleccione todo lo que aplique)

☐ Pasar tiempo con amigos

☐ Clases

☐ Deportes/ejercicio

☐ Tiempo con familia

☐ Trabajar medio tiempo

☐ Ir al “centro”

☐ Escuchar música

☐ Ir a casinos

☐ Ver películas/televisión

☐ Bailar

☐ Pasatiempos

☐ Quedarse en casa

☐ Pasar tiempo en bares o discotecas

☐ Otro:

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

¿Qué lo limita en participar en las actividades de ocio/recreación?

EVALUACIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS (para personas de 10 años en adelante)☐ No Aplica

Droga	Edad de inicio	Patrón de uso (frecuencia y cantidad, etc.)	Fecha de último uso
Alcohol			
Cannabis/CBD			
Estimulantes (cristal, speed, anfetaminas, metanfetamina)			
Metanfetamina			
Inhalantes (gas, pintura, pegamento)			
Alucinógenos (LSD, PCP, hongos)			
Opioides (heroína, jarabe para la tos)			
Sedantes/Hipnóticos (Valium, fenobarbital)			
Drogas sintéticas/Otros/Vape (hierbas, esteroides)			
Tabaco (fumado, mascar)			
Cafeína			

Consecuencias del consumo de drogas/alcohol (seleccione todo lo que aplique):☐ No Aplica

☐ Resacas	☐ Temblores	☐ Pérdidas de memoria	☐ Episodios de consumo excesivo
☐ Sobredosis	☐ Tolerancia aumentada (necesita más para lograr el efecto)	☐ Hemorragia gastrointestinal	☐ Enfermedad hepática
☐ Problemas de sueño	☐ Convulsiones	☐ Problemas de relaciones personales	☐ Abandono escolar
☐ Pérdida de empleo	☐ DUIs	☐ Asgresiones	☐ Arrestos
☐ Encarcelamientos	☐ Homicidio	☐ Otro:	

Desencadenantes de consumo (seleccione todo lo que aplique):☐ No Aplica

El cliente ha tendido alguno de los siguientes problemas en los comportamientos de juego/apostar? (Seleccione todo lo que aplique)	
☐ Apostar durante más tiempo del previsto	☐ Apostar hasta el último centavo
☐ Perder sueño por pensar en apostar	☐ Apostar con ingresos o ahorros mientras las facturas se quedan sin pagar
☐ Pedir dinero prestado para apostar	☐ Intentar repetidamente dejar de apostar sin éxito
☐ Sentirse arrepentido después de apostar	☐ Infringir la ley o considerar infringirla para financiar el juego.
☐ Apostar con el fin de obtener dinero para cumplir obligaciones	☐ Otro:

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Conducta de riesgo e impulsividad -actual y previa (seleccione todo lo que aplique):

☐ No Aplica

☐ Relaciones sexuales sin protección	☐ Robar	☐ Manejar imprudentemente
☐ Participación en pandillas	☐ Tráfico de drogas	☐ Portar/usar armas
☐ Otro: _____		

FORTALEZAS/RECURSOS

Indique la puntuación si está presente:	1=Adecuado	2=superior al promedio	3=Excelente
_____ 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	_____ Capacidad de introspección y sensibilidad	
_____ Madurez y juicio	_____ Motivación para buscar ayuda	_____ Otros:	

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDAD DE PAGO

Yo, el abajo firmante, entiendo y acepto pagar a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. antes de recibir los servicios. Entiendo que puedo tener un copago según mi plan de seguro actual. También entiendo que puedo tener un deducible y que, hasta que dicho deducible se haya cumplido, seré responsable de pagar los servicios que se me proporcionen. Seré responsable de cualquier saldo correspondiente a servicios que no estén cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. envía las reclamaciones a mi seguro como un servicio de cortesía. Yo soy responsable de todos los pagos.

Cliente / Terapeuta – Por favor coloquen sus iniciales en cada apartado para reconocer las siguientes políticas:

_____/_____ **Entiendo que todos los copagos deben pagarse antes de que se presten los servicios.** Entiendo que Nueva Vida no permite la acumulación de saldos pendientes ni ofrece planes de pago. Cualquier copago, deducible, coseguro u otra cantidad que sea responsabilidad del paciente deberá pagarse al momento de recibir los servicios. Nueva Vida ofrece una opción de pago conveniente y segura a través de su sistema de pagos CardPointe. Los clientes pueden realizar copagos y otros pagos requeridos mediante tarjeta de crédito o cheque electrónico a través de un enlace de pago seguro enviado por correo electrónico y/o mensaje de texto.

Enlace de Pago:

<https://nuevavidabehav.securepayments.cardpointe.com/> o Zelle: paynvbha@yahoo.com

_____/_____ **Entiendo que, después de que se facture al seguro, soy responsable de cualquier saldo pendiente que no sea cubierto por mi compañía de seguros. Si surge algún problema con el seguro, seguiré siendo responsable del pago hasta que el asunto se resuelva. Si posteriormente la compañía de seguros realiza un pago que resulte en un sobrepago, cualquier reembolso correspondiente será emitido de manera oportuna.**

_____/_____ **Entiendo que si acumulo dos (2) o más copagos sin pagar y/o tengo un saldo pendiente en mi cuenta, Nueva Vida se reserva el derecho de cancelar o suspender futuras citas hasta que mi cuenta esté al corriente. Entiendo que mantener mi cuenta al día es mi responsabilidad y es un requisito para continuar recibiendo servicios.**

_____/_____ **Los clientes que utilicen una tarjeta de crédito entienden que esta permanecerá archivada y será cargada automáticamente para copagos, citas perdidas/tardías/canceladas, llamadas no urgentes, llamadas de crisis, llamadas relacionadas con consultas judiciales, etc., según se explicó anteriormente. Si decide no dejar un método de pago registrado en la oficina, todas las tarifas deberán pagarse en o antes de la siguiente sesión programada.**

_____/_____ **Los clientes que reciban servicios de telesalud deberán mantener una tarjeta de crédito o de débito registrada en su expediente. Si el copago no se realiza antes de la sesión, el cargo correspondiente se aplicará a la tarjeta registrada una vez que la sesión haya sido prestada.**

_____/_____ **Entiendo que soy responsable de una tarifa de cancelación de \$55 por sesiones de consejería canceladas con menos de 24 horas de anticipación o si no me presento a una cita programada. La tarifa de cancelación se cargará a la tarjeta de crédito registrada, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Al colocar mis iniciales aquí y firmar al final, autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a conservar mi firma en archivo y a cargar a mi tarjeta la tarifa de \$55.**

_____/_____ **Entiendo que el personal puede llamarme para recordarme de una cita; sin embargo, esto es únicamente una cortesía. Haré todo lo posible por llamar con anticipación para cancelar una cita si es necesario.**

_____/_____ **Entiendo que, debido a las políticas de mi seguro, las citas perdidas o las cancelaciones tardías (menos de 24 horas de anticipación) no pueden facturarse al seguro.**

_____/_____ **Entiendo que NVBHA cuenta con varias ubicaciones y terapeutas con diversos antecedentes y especialidades. En caso de que no esté satisfecho(a) con mi profesional clínico y desee cambiar de terapeuta, es MI responsabilidad solicitar dicho cambio, siempre y cuando no exista un número excesivo de ausencias sin aviso previo y/o cancelaciones de último momento.**

_____/_____ **Entiendo que si cancelo tarde (menos de 24 horas antes) o no me presento a una cita por un total acumulado de tres ocasiones, la relación terapéutica podrá ser terminada.**

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Si la relación terapéutica es terminada, Nueva Vida proporciona tres referencias para terapia en la copia del cliente:

- Línea de Ayuda United Way – 210-227-HELP
- Community Counseling Service en OLLU – 210-434-1054
- Center for Health Care Services – 210-261-3350

_____/_____/_____ Entiendo que soy responsable del pago de \$125 antes de que se complete cualquier documentación adicional relacionada con discapacidad, FMLA, etc. Entiendo que la documentación inicial de discapacidad se completará según el criterio clínico del psicoterapeuta durante la segunda o tercera sesión.

_____/_____/_____ Las llamadas o no urgentes/urgentes/de crisis/visitas al profesional clínico tienen un costo de \$25 por cada incremento de 15 minutos, excepto cuando se trate de programar una cita. Si su compañía de seguros no permite este servicio, usted será responsable del monto facturado. Las llamadas de consulta judicial a abogados, terapeutas u otras partes relacionadas también se cobran a razón de \$25 por cada 15 minutos.

_____/_____/_____ Entiendo que soy responsable de pagar por adelantado cualquier preparación para declaración jurada (deposición), comparecencia para deposición o comparecencia ante el tribunal, y que estos pagos no son reembolsables. Los honorarios se facturarán en incrementos de 3 horas a \$150 por hora por la mañana (AM) (\$450), en incrementos de 4 horas a \$150 por hora por la tarde (PM) (\$625), o \$1,350 por el día completo. Esto incluye el tiempo de espera, incluso si el psicoterapeuta no es llamado a testificar.

Acuerdo

He leído y entiendo las condiciones y políticas establecidas en este documento. He leído el documento de Consentimiento Informado para Servicios de Salud Conductual de Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc., el cual proporciona información sobre los límites de la confidencialidad, tarifas y otros asuntos financieros, emergencias y llamadas telefónicas, así como políticas generales de la oficina. 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 que NVBHA trabaje conmigo o con miembros de mi familia, incluidos mis hijos, en psicoterapia según lo acordado mutuamente.

He leído y se me ha ofrecido una copia del Aviso de Políticas y Prácticas para Proteger la Privacidad de Mi Información de Salud, y acepto su contenido.

Nombre del Cliente (en letra de molde): _____ Firma del Cliente: _____

Firma del Padre/Madre o Tutor Legal: _____ Relación: _____

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Su seguro es un método para que usted reciba el reembolso de los gastos que ha pagado por los servicios prestados. Tener seguro no es un sustituto del pago. Muchas compañías tienen asignaciones fijas o porcentajes basados en su contrato con ellas, no con nuestra oficina. Cualquier dinero recibido por nuestra oficina de la compañía de seguros, por encima y más allá de su deuda, le será reembolsado cuando su factura esté completamente pagada o una vez que se verifique su copago al recibir la explicación de beneficios/pagos de su aseguradora.

Compañía de seguro primario:			
Subscrito/Titular de la póliza:		Fecha de nacimiento:	
Relación:			
Dirección del Subscrito/Miembro de la póliza (Si es la misma escriba "misma"):			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de póliza:		Número de grupo:	
Compañía de seguro secundario:			
Subscrito/Titular de la póliza:		Fecha de nacimiento:	
Relación:			
Dirección del Subscrito/Miembro de la póliza (Si es la misma escriba "misma"):			
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de póliza:		Número de grupo:	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:

Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para procesar mis reclamaciones de seguro relacionadas con la atención en esta oficina. Asigno todos los beneficios médicos y/o de salud mental, incluidos los beneficios de seguro médico principal a los que tengo derecho, a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación se considerará tan válida como el documento original.

Entiendo que Nueva Vida tramita reclamaciones de seguro como una cortesía en mi nombre. Sin embargo, si mi compañía de seguros niega el pago o no paga por los servicios prestados, yo soy el responsable final de todos los cargos relacionados con mis servicios de consejería.

Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar a Nueva Vida sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro, información de la póliza o elegibilidad que pueda afectar la facturación y el pago de los servicios presentados en mi nombre.

Su firma es necesaria para que podamos procesar cualquier reclamación de seguro y garantizar el pago de los servicios prestados.

ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DEL PAGO DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS. HE LEÍDO ESTA INFORMACIÓN Y LA ENTIENDO.

Nombre del cliente:
Firma del cliente:
Firma del padre/tutor legal:
Relación:
Fecha:

Client Chart ID: _____

Por favor llene todos los campos. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento comunicándose con nosotros. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea cancelada.

Yo, _____, autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a cobrar a mi tarjeta de crédito indicada anteriormente los servicios acordados que se detallan a continuación. Entiendo que mi información será almacenada de forma segura para futuras transacciones relacionadas con mi cuenta.

Cliente / Terapeuta-Por favor coloquen sus iniciales

 / Visitas en la oficina

_____/_____ Llamadas no urgentes/urgentes/de crisis/visitas

_____/_____ Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a conservar mi firma en archivo para cobrar una tarifa de \$55 por inasistencia a una cita o cancelación tardía. (Esta autorización será destruida cuando finalice la relación terapéutica)

_____/_____ Autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc. a conservar mi firma en archivo para cobrar \$125 por la preparación de documentación relacionada con discapacidad y/o formularios de FMLA. (Esta autorización será destruida cuando finalice la relación terapéutica)

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

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
--	---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL

Los servicios de salud conductual se basan en una relación entre personas que funciona en parte debido a derechos y responsabilidades claramente definidos que cada persona tiene. Usted tiene derecho a comprender el procedimiento de evaluación y tratamiento que se está utilizando 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 en el proceso de evaluación y/o tratamiento. Usted es libre de suspender los servicios de salud conductual en cualquier momento.

A menudo es útil contar con una copia escrita de las políticas de la oficina a la que pueda consultar en cualquier momento. Este documento contiene información importante sobre los servicios profesionales y las políticas administrativas. Si tiene alguna pregunta después de leer este formulario, no dude en discutirla antes de firmar.

Mi psicoterapeuta, _____, es Psicólogo / LPC / LPC-Asociado / LMFT / LCSW / LMSW / PMHNP / LCDC / Pasante de Posgrado, Licencia #: _____ Supervisor (si aplica) _____

Enfoque de Consejería

Nueva Vida Behavioral Health Associates es una agencia certificada con enfoque informado en trauma. La atención informada en trauma reconoce la necesidad de comprender las experiencias de vida del cliente para brindar una atención eficaz, y tiene el potencial de mejorar la participación del cliente, la adherencia al tratamiento, los resultados de salud, así como el bienestar del cliente y del personal. Operar como una agencia informada en trauma implica el compromiso de seguir las mejores prácticas, políticas y garantizar un entorno acogedor y de apoyo.

Nuestro enfoque de consejería varía según las necesidades de los clientes. Principalmente utilizamos un enfoque cognitivo-conductual basado en los principios de auto-monitoreo y aprendizaje social. También es importante considerar la historia de desarrollo del individuo, su familia de origen y sus percepciones actuales de sí mismo y de los demás. Nuestro estilo es interactivo, ya que vemos la relación terapéutica como una colaboración entre el cliente y el terapeuta. La responsabilidad del cambio recae en el cliente, mientras que nuestro papel es brindar información, facilitar la introspección y ofrecer apoyo social.

Confidencialidad

Naturalmente, necesitaremos conocer mucha información sobre usted. Excepto en las situaciones descritas a continuación, usted tiene derecho a la privacidad durante el proceso de consejería. Todo el personal involucrado en su atención comprende la importancia de la confidencialidad. Casi todos los temas tratados durante el tratamiento son estrictamente confidenciales. No podemos compartir información sin su consentimiento previo por escrito, excepto en las circunstancias descritas abajo. Usted puede autorizar la divulgación de información a quien desee y puede revocar ese permiso en cualquier momento.

Usted puede solicitar que cualquier persona lo acompañe a una sesión de terapia, pero debe avisarnos con anticipación para determinar qué información, si la hubiera, desea mantener confidencial durante esa sesión. En terapia de pareja o familiar, ambas partes son consideradas el "cliente". Es política de la oficina revisar y acordar cómo se manejará la información individual. En la mayoría de los casos, se recomienda evitar secretos entre participantes.

Es importante que comprenda completamente las limitaciones de la confidencialidad para tomar decisiones informadas sobre lo que nos comparte. Por ley, estamos obligados a divulgar información a las personas y/o agencias correspondientes en los siguientes casos:

- Si determinamos que usted representa un peligro para sí mismo o para otros.
- Si es menor de edad, persona mayor o con discapacidad, y creemos que es víctima de abuso o si usted revela dicho abuso.
- Si está involucrado en procesos legales donde el tribunal solicita sus expedientes de salud mental.
- Si usted renuncia a su privilegio o autoriza la divulgación de información.
- Si recibe servicios por referencia de compensación para trabajadores y se factura al seguro correspondiente.

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Menores de edad

Si usted es menor de 18 años, por favor sea consciente de que la ley puede otorgar a los padres el derecho de revisar sus registros de salud conductual. Debido a que la psicoterapia requiere confianza y privacidad para ser efectiva, será importante acordar cómo se intercambiará la información entre terapeuta, padres y menor. En adolescentes, el objetivo clínico es maximizar la privacidad, excepto en casos que comprometan la seguridad física del menor. Los padres/tutores recibirán información general sobre el progreso del tratamiento. Antes de proporcionar información específica, se discutirá con el menor y se intentará resolver cualquier objeción.

Registro clínico

De acuerdo con el Código Administrativo de Reglas de Práctica de Texas Título 22 Parte 30 Capítulo 681 Subcapítulo B Regla §681.53 (V). Antes de iniciar servicios de consejería a un menor bajo orden judicial o acuerdo de custodia, el profesional debe obtener y revisar una copia vigente del acuerdo de custodia o orden de la orden judicial, así como cualquier parte aplicable del decreto de divorcio. El profesional debe conservar estos documentos en el expediente del cliente y cumplir con sus disposiciones en todo momento. Cuando las leyes federales o estatales establezcan una excepción para obtener el consentimiento de un padre, madre o tutor antes de prestar servicios a un menor de edad, el profesional deberá seguir el procedimiento establecido en dichas leyes federales o estatales.

Normalmente mantenemos registros breves, en los que se documenta su participación y un resumen de lo ocurrido durante nuestra sesión. Usted tiene derecho a revisar su expediente de salud mental y a corregir cualquier error que contenga. Usted puede solicitar por escrito que enviemos información a cualquier otro proveedor de atención médica. Legalmente, los datos originales de las pruebas psicológicas solo pueden ser enviados a un psicólogo autorizado. Conservamos sus registros en un lugar seguro para proteger su privacidad.

Diagnóstico

Si un tercero (por ejemplo, una compañía de seguros) paga parte de su tratamiento, puede requerir un diagnóstico formal. Los diagnósticos son términos técnicos para describir la naturaleza y gravedad de sus problemas. Si se utiliza un diagnóstico, se le explicará.

Seguros

Muchos seguros cubren servicios de salud conductual. Para establecer objetivos realistas y prioridades, es importante evaluar cuáles los recursos están disponibles para pagar por su tratamiento. Generalmente, es su responsabilidad entender sus beneficios y completar la documentación necesaria para su reembolso. Usted es responsable del pago total de los honorarios acordados, no su aseguradora. Por favor asegúrese de llenar la forma de seguro/asegurado de manera precisa en la forma de ingreso de la oficina. Nosotros no nos haremos responsables por errores en reclamos debido a información incompleta del seguro.

El aumento de costos en servicios de salud ha generado complejidad en los beneficios de seguros que a veces hace difícil determinar exactamente cuánta cobertura de salud mental está disponible. Los planes administrados tales como HMO y PPO suelen requerir autorización previa antes de proveer el reembolso para servicios de salud mental. Dichos planes suelen enfocarse en tratamientos de corto plazo que están diseñados para resolver problemas específicos que interfieren con el nivel usual de función de uno. Puede ser necesario solicitar aprobación adicional después de una cierta cantidad de sesiones. En mi experiencia, aunque se puede tener bastantes resultados en terapia de corto plazo, muchos clientes sienten que más servicios son necesarios después de que se vencen los beneficios del seguro. Algunos planes de atención administrada no nos permitirán brindarle servicios una vez que sus beneficios ya no estén disponibles. Si este es el caso, podemos explorar formas alternativas de recibir servicios, incluyendo encontrar otro proveedor que le ayude a continuar su tratamiento o pagar los servicios de forma privada.

Una vez que tengamos toda la información sobre su cobertura de seguro, conversaremos sobre lo que podemos esperar lograr con los beneficios disponibles y lo que ocurrirá si los beneficios del seguro se agotan antes de que usted se sienta listo para terminar nuestras sesiones.

Es importante recordar que siempre tiene el derecho de pagar nuestros servicios por su cuenta y evitar las complejidades descritas anteriormente.

Servicios de tele-salud mental

Para aquellos clientes que reciben tratamiento mediante telesalud mental: Por la presente, usted da su consentimiento para participar en servicios de consejería a distancia como parte de su psicoterapia. Usted comprende que la consejería a distancia incluye la prestación de servicios de atención de la salud, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la transmisión de información médica y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video y datos. Asimismo, comprende que los servicios de telesalud mental

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

implican la comunicación de información médica y de salud mental tanto de forma verbal como visual. Usted entiende que tiene los siguientes derechos con respecto a la consejería a distancia:

- Existen riesgos y posibles consecuencias asociados con la consejería a distancia, incluyendo, entre otros, la posibilidad de que, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de su psicoterapeuta: la transmisión de su información médica pueda verse interrumpida o distorsionada debido a fallas técnicas; que la transmisión de su información médica pueda ser interceptada por personas no autorizadas; y/o que la información médica almacenada electrónicamente podría ser obtenida por personas no autorizadas. Estos riesgos se reducen mediante el uso, por parte de su terapeuta, de una plataforma de telesalud compatible con HIPAA, que utiliza encriptación para las comunicaciones de video. Además, el contenido de la computadora de su terapeuta también está encriptado.
- Si su psicoterapeuta considera que otra modalidad de tratamiento psicoterapéutico (por ejemplo, terapia presencial o terapia de grupo) sería más adecuada para usted, podrá ser remitido(a) a otro psicoterapeuta que ofrezca esos servicios.
- Existe el riesgo de que los servicios se vean interrumpidos o afectados por problemas técnicos imprevistos.
- Existe el riesgo de que otras personas puedan escuchar la conversación si usted no se encuentra solo en un lugar privado.
- Debido a la naturaleza de esta modalidad de interacción, es posible que experimente diferencias en la calidad de la comunicación en comparación con las sesiones presenciales. Si considera que la calidad del audio o del video es insuficiente para sus necesidades, comuníquelo al personal de Nueva Vida o a su terapeuta tratante.

Derechos del cliente:

1. Usted tiene el derecho de solicitar servicios psicológicos presenciales en lugar de servicios de telesalud mental en cualquier momento del tratamiento. Esto no afectará su derecho a continuar recibiendo tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para el uso de servicios de telesalud mental en cualquier momento durante el curso de su atención. Esto no afectará su derecho a continuar recibiendo tratamiento.
3. Usted tiene el derecho de consultar en cualquier momento durante su tratamiento sobre la seguridad y confidencialidad de las interacciones de audio y video.

Tecnología

Es de la mayor importancia para nosotros mantener la confidencialidad, respetar sus límites y asegurar que la relación con su terapeuta se mantenga terapéutica y profesional. Por lo tanto, hemos desarrollado las siguientes políticas: (Si esto le preocupa, no dude en comentarlo con su terapeuta.)

- Teléfonos celulares: Es importante que usted sepa que los teléfonos celulares pueden no ser completamente seguros ni confidenciales. Sin embargo, entendemos que la mayoría de las personas cuentan con un teléfono celular y lo utilizan. Su consejero(a) también puede usar un teléfono celular para comunicarse con usted.
- Mensajes de texto y correo electrónico: Tanto los mensajes de texto como el correo electrónico no son medios de comunicación seguros y pueden comprometer su confidencialidad. Sin embargo, entendemos que muchas personas prefieren utilizarlos porque son una forma rápida de transmitir información.
- Estamos obligados a conservar una copia de todos los correos electrónicos y mensajes de texto como parte de su expediente clínico. Si considera necesario comunicarse con su consejero(a) con frecuencia entre sesiones, puede ser que necesite programar citas más frecuentes.

Monitoreo de seguridad

NVBHA utiliza cámaras de seguridad en áreas comunes. Las cámaras se encuentran 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.

Compensación para trabajadores

Para aquellos clientes que reciben tratamiento bajo beneficios de Compensación para Trabajadores, facturaremos los servicios a la compañía de seguros. También tenga en cuenta que su expediente de salud mental será enviado a la compañía de seguros como documentación de los servicios prestados antes de que podamos recibir el reembolso. Sus registros también podrán ser enviados a su médico de atención primaria. Cualquier otra solicitud de sus registros deberá estar acompañada de una Autorización de Divulgación de Información debidamente firmada, la cual está disponible en esta oficina.

Emergencias y llamadas telefónicas

Se puede contactar a NVBHA por teléfono (210-616-0828) de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., y los domingos con cita previa. Le pedimos que, en caso de emergencia, busque ayuda de inmediato con su médico o acuda a la sala de emergencias de un hospital. SI NO PUEDE LLEGAR AL HOSPITAL, LLAME AL 911. El Hospital Universitario (210-358-2524), ubicado en 4502 Medical Drive en San Antonio, cuenta con atención psiquiátrica disponible en la sala de emergencias en todo momento, al igual que la mayoría de los hospitales comunitarios.

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Ética y estándares profesionales

Como consejeros profesionales licenciados, terapeutas de matrimonio y familia licenciados, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros practicantes psiquiátricos, estamos regulados por el Texas Behavioral Health Executive Council. El número del Texas Behavioral Health Executive Council es 512-305-7700. Si tiene alguna inquietud respecto al proceso de evaluación o tratamiento, le invitamos a que la comente conmigo. Esperamos con interés poder trabajar con usted.

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

**CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE
DEBE FIRMAR**

Sobre el uso y divulgación de información protegida de salud.

Para los fines de este Formulario de Consentimiento, el término "Oficina" se referirá a: Nueva Vida Behavioral Health Associates.

He leído las cuatro (4) páginas anteriores.

Entiendo que parte de mi información de salud puede ser utilizada y/o divulgada por la Oficina para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y que para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones debo 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 cambiar de acuerdo con la ley y que, si deseo obtener una copia del aviso revisado, puedo comunicarme con la Oficina para solicitarla.

Entiendo que puedo solicitar restricciones sobre la forma en que mi información es utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, y que también puedo revocar este Consentimiento, pero únicamente en la medida en que la Oficina no haya tomado ninguna acción basándose en el mismo, y siempre que dicha revocación se realice por escrito.

Entiendo que, para mi protección, cualquier solicitud para enmendar mi información de salud o para acceder a mis expedientes médicos debe realizarse por escrito.

Firma del cliente o tutor legal: _____

Nombre del cliente o tutor legal: _____ **Relación con el cliente:** _____

Fecha: _____

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Consentimiento para obtener información

Por la presente, yo autorizo y solicito a _____ que divulgue mis registros obtenidos durante el curso de mi tratamiento.

Cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Proporcionar la información a:

Nombre de la agencia: Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

Dirección: 9500 Tioga Dr., Suite A, San Antonio, Texas 78230

Número de teléfono: (210) 616-0828 Número de fax: (855) 616-0829

Información solicitada:

- ☐ Todos los registros médicos
- ☐ Evaluación neurológica
- ☐ Evaluación psiquiátrica
- ☐ Evaluación psicológica / neuropsicológica
- ☐ Registros legales
- ☐ Otros: _____

Consentimiento para la divulgación de información

Por la presente, autorizo a Nueva Vida Behavioral Health Associated, Inc. a divulgar mis registros a _____, los cuales fueron obtenidos durante el curso de mi tratamiento.

Rechazo de autorización para la divulgación de información

☐ No autorizo la comunicación / divulgación de información

Este consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones en virtud del mismo, y, si no es revocado con anterioridad

Firma del cliente (si es mayor de 18 años)

Fecha

Padre, Tutor Legal o Representante autorizado por el cliente

Fecha

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida

Información del cliente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Información del receptor

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 proveen transporte deben mostrar una identificación en el momento de su cita para recibir los servicios.

Rechazo de consentimiento para el uso o la divulgación de información médica protegida

☐ No autorizar la comunicación

Este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento por el abajo firmante, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones basadas en el mismo, y, si no es revocado con anterioridad, expirará en un (1) año sin necesidad de revocación expresa.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años)

Fecha

Padre, Tutor Legal o Representante autorizado por el cliente

Fecha

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Fecha: _____

COMPLETAR PARA EDADES DE 13 AÑOS O MÁS
CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (US Spanish version of the PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquier de las siguientes dificultades?	No del todo 0	Varios días 1	Más de las mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1. Poco interés o placer en hacer cosas	☐	☐	☐	☐
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	☐	☐	☐	☐
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	☐	☐	☐	☐
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	☐	☐	☐	☐
5. Pobre de apetito o comer en exceso	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	☐	☐	☐	☐

Scoring For Use By Study Personnel Only

0

+

+

+

= Total Score _____

Si usted marcó cualquiera 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?

Para nada difícil

☐

Un poco difícil

☐

Muy difícil

☐

Extremadamente difícil

☐

Scoring PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

This is calculated by assigning scores of 0, 1, 2, and 3 to the response categories, respectively, of “not at all,” “several days,” “more than half the days,” and “nearly every day.” PHQ-9 total score for the seven items ranges from 0 to 27.

0 - 4: minimal

Score: _____

5 - 9: mild

10 - 14: moderate

15 - 19: moderately severe

20 - 27: severe

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Fecha: _____

COMPLETAR PARA EDADES DE 13 AÑOS O MÁS
GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguiente problemas?	Ningún día 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	☐	☐	☐	☐
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	☐	☐	☐	☐
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	☐	☐	☐	☐
4. Ha tenido dificultad para relajarse	☐	☐	☐	☐
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	☐	☐	☐	☐
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	☐	☐	☐	☐
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	☐	☐	☐	☐
For office coding: Column Totals	0	+	+	+

= Total Score _____

Si usted marcó cualquiera 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?

Para nada difícil ☐	Un poco difícil ☐	Muy difícil ☐	Extremadamente difícil ☐
---	---	---	--

Scoring GAD-7 Anxiety Severity

This is calculated by assigning scores of 0, 1, 2, and 3 to the response categories, respectively, of “not at all,” “several days,” “more than half the days,” and “nearly every day.” GAD-7 total score for the seven items ranges from 0 to 21.

0 - 4: minimal anxiety Score: _____

5 - 9: mild anxiety

10 - 14: moderate anxiety

15 - 21: severe anxiety

Nombre Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Fecha: _____

COMPLETAR PARA EDADES DE 15 AÑOS O MÁS

Cuestionario de Dormir (TWCC)

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

Síntoma	Nunca es un problema 1	Casi nunca es un problema 2	A 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	☐	☐	☐	☐	☐
Le dan calambres, dolor o sensaciones extrañas en las piernas cuando se acuesta	☐	☐	☐	☐	☐
Se queda dormido involuntariamente durante el día	☐	☐	☐	☐	☐
Los músculos 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 DOMIR

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 colchón es malo, etc.
☐	Temor a dormir
☐	No puede dejar de pensar
☐	Ya está impuesto a no dormir bien

Inicio del **problema** de DORMIR: ¿Cuánto tiempo ha tenido los problemas de dormir? _____Frecuencia del **problema** de DORMIR: Durante la última semana, cuantas noches tuvo dificultad para dormir? _____

Duración del DORMIR: Dentro de un período de 24 horas, ¿cuántas horas de sueño obtuvo en promedio durante la última semana? _____ horas

Inicio/latencia del DORMIR: Durante la última semana, en promedio, ¿cuántas veces se despertó durante la noche? _____

Después de despertarse, ¿cuánto tiempo le tomó volver a quedarse dormido? _____

Eficiencia de DORMIR: En general, ¿qué tan reparador fue dormir durante la última semana? _____

Tratamiento del problema de DORMIR

Manejo de medicamentos: ¿Ha usado algún medicamento para ayudarle a dormir? _____

Si es así, ¿qué medicamentos ha usado? _____

¿Usó algún medicamento para dormir? _____ Si es así, ¿qué usó y con qué frecuencia? _____

Automedicación: ¿Usó alcohol, medicamentos sin receta u otras sustancias para ayudarle a dormir? _____

Si es así ¿con qué frecuencia y qué utiliza? _____

Otros tratamientos: Describa otros tratamientos o estrategias que utilizó para ayudarle a dormir: _____

¿Qué tan bien funcionaron? _____

¿Qué le ayudó más a dormir durante la última semana? _____

Nombre Del Cliente: _____
Edad Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Fecha: _____

COMPLETAR PARA TODAS LAS EDADES
Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.
Escala de Calificación del Comportamiento - (Página 1 de 2)

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

Nombre Del Cliente: _____
Edad Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____
Fecha: _____

COMPLETAR PARA TODAS LAS EDADES
Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.
Escala de Calificación del Comportamiento - (Página 2 de 2)

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)
					Niñ@s difíciles de manejar
					Estrés marital
					Abuso conyugal
					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

☐ 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

Nombre Del Cliente: _____
Edad Del Cliente: _____

Client Chart ID: _____

Fecha: _____

COMPLETAR PARA TODAS LAS EDADES
Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.
LISTA DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS

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



Nueva Vida Behavioral Health Associates, Inc.

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

COMPLETAR PARA EDADES 18 AÑOS O MÁS

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: _____

Nombre Del Cliente: _____

Clinical Notes

Client Chart ID: _____

[illegible]