

INGRESO DE LA CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL DE VCS

¿Cómo se enteró de la clínica de la salud mental de VCS? _____

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial) Por favor escriba claramente

Nombre y apellido(s): _____

Domicilio (Calle & número): _____

Domicilio (Localidad, estado, código postal): _____

Condado de residencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estado de ciudadanía: Ciudadano/a estadounidense Residente Refugiado/a
 Sin documentos Prefiero no responder

Contacto telefónico:	Teléfono	¿Podemos llamar?	¿Podemos dejar un mensaje?
Casa		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Móvil		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿En cuál contacto telefónico quisiera recibir recordatorios de citas? Casa Móvil Trabajo

Correo electrónico: _____ (por favor escriba claramente)

¿Tiene transporte confiable de ida y vuelta de las citas? Sí No

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Identidad étnica:

Hispano/a o latino/a No hispano/a o latino/a Prefiero no responder

Raza:

Blanco/a Negro/a o afroamericano/a Polinesio/a, maorí o isleño/a del Pacífico
 Amerindio o nativo de Alaska Asiático/a Alguna otra raza Raza desconocida Prefiero no responder

¿Es parte de alguna comunidad religiosa? Sí No Prefiero no responder

Si es así, ¿cuál? _____

Estado civil actual:

Soltero/a Casado/a En una relación Separado/a Divorciado/a
 Viudo/a

Hace cuánto tiempo: _____

¿Hace terapia actualmente? Sí No

Otro(s) proveedor(es) de servicios médicos/mentales:

Nombre y apellido(s)	Especialidad	Dirección	Teléfono

Si se necesita más espacio, utilice el reverso de la página.

¿Toma alguna medicación actualmente? Sí No Si es así, enumérela(s) abajo por favor

Medicación	Dosis/Frecuencia	Nombre de prescriptor

Si se necesita más espacio, utilice el reverso de la página.

Nombre y teléfono de farmacia: _____

¿Fuma actualmente? Sí No ¿Cuánto? _____

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿En los 12 meses anteriores, tuvo alguno de los síntomas siguientes? Marque, por favor.

<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	<input type="checkbox"/> Pulso irregular	<input type="checkbox"/> Secreciones vaginales
<input type="checkbox"/> Incontinencia nocturna	<input type="checkbox"/> Calambre	<input type="checkbox"/> Problemas de memoria	<input type="checkbox"/> Ataques	<input type="checkbox"/> Cambios de la visión
<input type="checkbox"/> Sangre en el excremento	<input type="checkbox"/> Orina oscura	<input type="checkbox"/> Cambios de lunares/verrujas	<input type="checkbox"/> Inestabilidad	<input type="checkbox"/> Vómito
<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular	<input type="checkbox"/> Problemas del sueño	<input type="checkbox"/> Amarillez de los ojos
<input type="checkbox"/> Excremento calcáreo	<input type="checkbox"/> Mareo	<input type="checkbox"/> Nervios	<input type="checkbox"/> Calores nocturnos	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Hemorragias nasales	<input type="checkbox"/> Nódulos linfáticos hinchados	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Andares inestables	<input type="checkbox"/> Insensibilidad	<input type="checkbox"/> Hormigueo de los brazos y las piernas	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Pérdida de la consciencia	<input type="checkbox"/> Cambios del pelo	<input type="checkbox"/> Ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Temblores	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Aturdimiento	<input type="checkbox"/> Secreciones del pene	<input type="checkbox"/> Dificultades de orinar	<input type="checkbox"/> Otro:

No Aplicable (desarrollo)

Inmunizaciones (obligatorias para individuos con discapacidades del desarrollo)

Inmunizaciones – ¿Ha sido inmunizado el individuo contra las enfermedades siguientes? Marque, por favor.

<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Rubeola	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sarampión
<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Viruela	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Otra:

Tiene todas las inmunizaciones actualizadas? Sí No – Comentarios:

Percepción familiar de los problemas médicos del individuo

¿Ha usted/el individuo sido internado/a o ha tenido alguna cirugía en los últimos 3 años?

No Sí Si es el caso, complete la información siguiente.

Hospital	Ciudad	Fecha	Motivo

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

¿Usted/el individuo ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

	Ahora	Pasado	Nunca	Ante. famil.	Tratamiento recibido y fecha(s)
Abscesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de sangrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión (alta o baja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de huesos/coyunturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cirrosis/Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sobredosis de droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsia/ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad/dificultad del ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fibromialgia/Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lesión en la cabeza/ tumor en el cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas auditivos/sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis (forma específica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolor menstrual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud oral/dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia falciforme o rasgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del estómago/intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultad del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Describe los detalles de los antecedentes familiares de cualquiera de las condiciones de arriba y el parentesco entre el individuo y ese familiar.

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Alergias / Sensibilidades a las drogas

<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Comida (especifique):
<input type="checkbox"/> Medicamento (especifique):
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique):

Sólo para mujeres

¿Está embarazada actualmente? Si es el caso, fecha de parto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí -	¿Está recibiendo tratamiento pre-natal? Si es el caso, indique el proveedor. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí -
¿Amamanta actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Hay algún antecedente significativo relacionado con el embarazo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Si es el caso, explique
Fecha de última menstruación:	

Última exanimación

Nombre y apellido de médico:	Fecha:	Teléfono:
Nombre y apellido de dentista:	Fecha:	Teléfono:
Nombre y apellido de especialista/Especialidad:	Fecha:	Teléfono:
Nombre y apellido de especialista/Especialidad:	Fecha:	Teléfono:

Altura:	Peso:
---------	-------

Detalles nutricionales

<input type="checkbox"/> No hay problema	Comida <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/> No come	Bebida <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> Menos	Apetito <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Bajado
<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Vómito	<input type="checkbox"/> Problemas de masticar o tragar	
Dieta especial	Otra		

Detalles del dolor

¿Interfiere el dolor con las actividades actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Si es así, ¿cuánto interfiere? (Marque) <input type="checkbox"/> No interfiere <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Extremadamente
Indique la fuente del dolor:
Si completado por el individuo/familiar/guardian/empleador, firme abajo por favor Completado por – Nombre y apellido: Firma: Fecha:

CLÍNICA DE SALUD MENTAL DE VCS

Formulario de historia médica

DATOS DEL CLIENTE: (Toda la información es confidencial)

Escriba claramente

Nombres y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Acciones, recomendaciones y referencias del revisor medico

¿Se completó la evaluación cara-a-cara? No Sí

Especifique la(s) acción(es) tomada(s):

Se pidió un análisis de sangre? (Recuento completo de células, análisis bioquímico, lípidos, análisis de la función tiroidea) No Sí

Si no es así, por qué no?

¿Otros análisis pedidos? No Sí – Si es el caso, especifique el análisis:

Recomendado para la clínica

Presión:

Cintura abdominal:

IMC:

Temperatura:

Pulso:

Respiración:

¿Tiene el individuo a un representante de atención de salud? : No Sí

¿Tiene el individuo a una directiva avanzada? : No Sí

Recomendaciones o referencias hechas:

- Médico de atención básica:
- Agencia de atención médica:
- Atención especializada:
- Otra:
- No se necesita referencia

Comentarios:

¿Recomendaciones compartidas con el individuo?

No Sí Si es así, la respuesta del individuo:

Si no, ¿Cómo se compartirán las recomendaciones con el individuo?

Completado por:

Fecha:

Responsabilidades del cliente de la clínica de la salud mental de VCS

1. Todas las sesiones de la terapia son confidenciales.
Sin embargo, la clínica de la salud mental de VCS está legalmente obligada a avisar si usted es un peligro para sí mismo o para otro.
2. Si tiene que cancelar una cita, debe avisar a la clínica de la salud mental de VCS con por lo menos 24 horas de anticipación. Es posible que se le cobre una multa por cancelar tarde o por faltar.
3. Si pierdes una cita, intentaremos ayudarte a resolver cualquier problema que esté dificultando la consulta. Si, a pesar de esto, se pierde otra cita consecutiva sin una buena razón, puede perder su cita recurrente. Si posteriormente no se muestra para una cita dentro de dos semanas, su caso puede llegar a ser cerrado.
4. Las armas están PROHIBIDAS en el sitio de VCS. Si usted tiene un arma, se tendrá que ir y su cita será reprogramada para otro día.
5. Los clientes de la clínica de la salud mental de VCS a veces piden referencias de otras agencias u otros proveedores de servicios. Si le proveemos una lista de sugerencias, por favor véala como guía. Tales referencias no son respaldos.

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE ENTIENDO LA INFORMACIÓN DE ARRIBA. ACEPTO ESTAS CONDICIONES.

ESCRIBA SU NOMBRE

FIRMA

FECHA

Revisión rápida sobre dependencia de los opiáceos (RODS)

Para niños de 12 años en adelante

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre tu consumo previo de drogas. Para cada pregunta indica “sí” o “no” según sea pertinente a tu consumo de drogas en los últimos 12 meses.

1. ¿Alguna vez has consumido alguna de las siguientes drogas?

- | | |
|-------------------------------|--|
| a) Heroína | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b) Metadona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c) Buprenorfina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d) Morfina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e) MS CONTIN | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| f) Oxycontin | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| g) Oxiconona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| h) Otros analgésicos opiáceos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (p. ej. Vicodin, Darvocet, etc.) |

Si cualquier droga de la pregunta 1 se responde con un “Sí”, procede a las preguntas 2-8.

2. ¿Alguna vez has necesitado consumir más opiáceos para conseguir “colocarte” igual que la primera vez que empezaste a usar opiáceos?

Sí No

3. ¿La idea de no poder “colocarte” o dejar de tomar una dosis te pone ansioso o te preocupa?

Sí No

4. Por la mañana, ¿alguna vez has consumido opiáceos para no sentirte “de bajón” o alguna vez te has sentido así?

Sí No

5. ¿Te ha preocupado alguna vez por tu consumo de opiáceos?

Sí No

6. ¿Te ha resultado difícil dejar de consumir opiáceos?

Sí No

7. ¿Alguna vez has tenido que pasar mucho tiempo o has tenido que hacer muchos esfuerzos para encontrar opiáceos o para recuperarte de un “subidón”?

Sí No

8. ¿Alguna vez has faltado a citas importantes, como citas con el doctor, actividades con amigos o familiares u otras cosas debido a los opiáceos?

Sí No

El SBQ-R cuestionario revisado de las acciones suicidas

Nombre y apellido del paciente

Fecha de visita

Instrucciones: Marque el número al lado de la declaración o frase que mejor aplique. Marque sólo uno.

1. ¿Alguna vez consideró o intentó suicidarse?

- 1. Nunca
- 2. Fue un pensamiento breve y transitorio
- 3a. He tenido un plan para suicidarme por lo menos una vez pero no quería intentarlo.
- 3b. He tenido un plan para suicidarme por lo menos una vez y realmente quería morir
- 4a. He intentado suicidarme, pero no quería morir
- 4b. He intentado suicidarme, y quise morir.

2. ¿En el año pasado, con cuánta frecuencia ha pensado en suicidarse?

- 1. Nunca
- 2. Rara vez (1 vez)
- 3. A veces (2 veces)
- 4. Frecuentemente (3-4 veces)
- 5. Muy frecuentemente (5 veces para arriba)

3. ¿Alguna vez usted le ha contado a alguien que iba o que quizás iba a suicidarse?

- 1. No
- 2a. Sí, una vez, pero no realmente quería morir.
- 2b. Sí, una vez, y realmente quería morir.
- 3a. Sí, varias veces, pero no lo quería hacer.
- 3b. Sí, varias veces, y realmente lo quería hacer.

4. ¿Cuál es la probabilidad de que algún día intentará suicidarse?

- 0. Nunca
- 1. Ninguna posibilidad
- 2. Bastante improbable
- 3. Improbable
- 4. Probable
- 5. Bastante probable
- 6. Muy probable

Consentimiento informado

ACUERDO DE SERVICIOS ENTRE CLÍNICO Y CLIENTE

Bienvenido/a a la clínica de la salud mental de VCS. Este documento contiene información importante sobre nuestros servicios profesionales y nuestras políticas empresariales. También tiene información sobre la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), una ley federal que brinda la protección de la privacidad y los derechos del paciente sobre el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI) para el tratamiento, el pago y las operaciones de los servicios médicos. También incluye un acuerdo e información sobre la facturación de su proveedor del seguro de salud, si lo tiene. Aunque estos documentos son largos y a veces son complejos, es muy importante que usted los entienda. Cuando firme este documento, el documento también representará un acuerdo entre nosotros. Podemos hablar de cualquier pregunta que tenga cuando firme o en cualquier momento en el futuro.

SERVICIOS DE LA SALUD MENTAL

Como cliente en nuestra clínica, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades y es importante que los entienda. Esos derechos también tienen límites legales de que usted debería ser consciente. Nuestra clínica le tiene responsabilidades correspondientes a usted. Se describen estos derechos y responsabilidades en las secciones siguientes.

El tratamiento de la salud mental tiene ambos beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir la experimentación de los sentimientos incómodos, tales como la tristeza, la culpa, la ansiedad, el enojo, la frustración, la soledad y la impotencia, porque muchas veces el proceso del tratamiento requiere que uno hable de las partes desagradables de su vida. Sin embargo, se ha demostrado que el tratamiento de la salud mental les ofrece beneficios a los que se comprometen a perseguirlo. Muchas veces el tratamiento reduce la angustia, aumenta la satisfacción en las relaciones interpersonales, aumenta la conciencia y la percepción personal, y desarrolla la capacidad de manejar el estrés y de resolver problemas específicos. Pero no se puede garantizar lo que suceda. El tratamiento requiere que usted haga un esfuerzo activo. Para tener éxito, usted tendrá que trabajar los temas de que hablamos afuera de las sesiones.

Al principio del tratamiento, habrá una evaluación comprensiva de sus necesidades. Una vez que la evaluación se complete, le podremos ofrecer unas ideas iniciales de lo que nuestro trabajo incluirá. En ese momento, hablaremos de sus metas para el tratamiento y haremos un plan inicial de tratamiento. Usted debería evaluar esta información y decidir si está cómodo/a trabajando con nosotros. Si tiene preguntas sobre nuestros procedimientos, las deberíamos abordar en el momento que surjan. Si sigue con dudas, estaremos dispuestos de programar una reunión con otro profesional de la salud mental para conseguir una segunda opinión.

LAS CITAS

Ordinariamente, las citas durarán entre 30 y 45 minutos y empezarán a una hora que decidamos juntos. La frecuencia de algunas sesiones puede variar como sea necesario. La hora de su cita le estará designada solamente a usted. Si tiene que cancelar o reprogramar una sesión, le pedimos que lo haga con 24 horas de anticipación. Haremos lo posible para reprogramar la cita. Además, usted es responsable por llegar a tiempo a su sesión; si llega tarde, su cita se tendrá que terminar a tiempo igual.

LOS PAGOS PROFESIONALES

Se pueden deber los copagos o los pagos según la indicación de su proveedor de seguro.

EL SEGURO

Es posible que su proveedor de seguro de salud requiera que le proveamos una diagnosis clínica para cobrar los servicios. Las diagnosis son términos técnicos que describen la naturaleza de sus problemas y si son de plazo corto o largo. Todas las diagnosis vienen de un libro que se llama el DSM-5. Hay una copia en nuestra oficina y estaríamos dispuestos de dejarle mirarlo para aprender más sobre su diagnosis, si corresponde. También tendremos que formar un plan de tratamiento en que indicamos las metas del tratamiento. Esta información se guarda en una base de datos segura fuera del predio. A usted le podemos proveer copias de cualquier documento relacionado con el seguro a su petición. Firmar este acuerdo significa que usted confirma que podemos darle a su proveedor de seguro la información que nos pida y que le podemos cobrar a su proveedor por nuestros servicios.

LOS DOCUMENTOS PROFESIONALES

Estamos obligados a mantener registros escritos de los servicios del tratamiento de la salud mental que proveemos. Sus documentos se guardan en una base de datos segura fuera del predio. Mantenemos documentos breves en que anotamos que usted estuvo aquí; sus motivos por los que buscó el tratamiento; las metas y el progreso que establezcamos para el tratamiento; su diagnosis; los temas de que hablemos; su historia médica, social, y de tratamiento; los registros que recibamos de otros proveedores; copias de los registros que les mandemos a otros; y los documentos relacionados con el pagamiento. Usted tiene el derecho a tener una copia de su archivo, salvo en casos infrecuentes que te pongan en peligro. Ya que son documentos profesionales, pueden ser mal entendidos y/o difíciles de leer para el lector no preparado. Por eso, le recomendamos que primero los revise con su médico clínico o que se los mande a otro profesional de la salud mental para hablar de los contenidos. Si rechazamos su petición de ver sus documentos, usted tiene el derecho a pedir que otro profesional de salud mental revise nuestra decisión, lo que hablaremos con usted a su petición. También tiene el derecho a pedir que una copia de su archivo le sea disponible a cualquier otro proveedor de servicios de salud a su petición escrita.

LA CONFIDENCIALIDAD

Nuestras políticas de la confidencialidad, y otra información sobre sus derechos de la privacidad, se describen completamente en otro documento que se llama la Noticia de las prácticas de la privacidad. Usted ha sido proveído/a con una copia de ese documento y hemos hablado de esos temas. Por favor, acuérdesse de que usted puede volver a sacar el tema en cualquier momento durante nuestro trabajo.

PADRES Y MENORES

La clínica trabaja con adultos mayores de 18 años, y con niños y adolescentes de 10-17 años de edad. Para niños y adolescentes, se requiere el consentimiento de un padre o tutor para el tratamiento de salud mental a menos que otras circunstancias dicten otra cosa. En la medida de lo posible, la clínica involucra a padres y tutores en el curso del tratamiento de su hijo, señalando que la decisión sobre cuánto involucrar a los padres o tutores pertenece al niño o al cliente adolescente. Mientras que los padres comprensiblemente quieren ser informados acerca de lo que se está discutiendo en el tratamiento, nuestra experiencia es que los niños y adolescentes por lo general necesitan mantener cierta privacidad durante el inicio del tratamiento con el fin de sentirse seguro revelar sus inquietudes a el terapeuta. El objetivo de la clínica es ayudar tanto como sea posible con el niño eventualmente comunicar estas inquietudes a sus padres o tutores.

CONTACTARNOS

Puede ser que su médico/a clínico/a no atienda el teléfono cuando esté con otro cliente o cuando por otro motivo no esté disponible. Sin embargo, normalmente usted se puede contactar con una recepcionista durante las horas de operación y puede dejarle un mensaje a su clínico/a o a otro empleado/a. Intentaremos volver a llamarlo/la lo antes posible, pero se puede tardar un par de días si el tema no es urgente. Si, por cualquier motivo no previsto, su clínico/a no se contacta con usted o si no puede y si usted siente que no puede esperar o si no se siente capaz de quedarse seguro/a, 1) contáctese con la sala de emergencia de su hospital local, 2) llame el 911 y pida hablar con el trabajador disponible de la salud mental o 3) llame la línea emergencia de nuestra clínica al (845) 535-1131. Haremos lo posible para informarle con anticipación de las ausencias planificadas, y para proveerle el nombre y el teléfono del profesional de la salud mental que esté disponible durante la ausencia de su clínico/a.

OTROS DERECHOS

Si usted no está satisfecho/a con lo que pasa en el tratamiento, le pedimos que hable con su clínico/a para que él/ella pueda resolver sus preocupaciones. Tales comentarios se tomarán en serio y serán tratados con cuidado y con respeto. Usted también puede pedir que le refiramos a otro/a clínico/a y es libre de terminar el tratamiento en cualquier momento. También tiene el derecho al tratamiento considerado, seguro y respetuoso, sin la discriminación con respeto a la raza, la identidad étnica, el color, el género, la orientación sexual, la edad, la religión o el origen nacional. Tiene el derecho a preguntar por cualquier

aspecto del tratamiento y por la educación y la experiencia de su clínico/a. Tiene el derecho a estar seguro/a que no tendremos las relaciones sociales ni sexuales con los clientes o con los ex clientes.

EL CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Su firma abajo indica que usted ha leído este acuerdo y que ha recibido la Noticia de las prácticas de la privacidad y que acepta las condiciones de ella.

Firma del cliente

Fecha

Formulario de Asignación de Seguros

SEGURO Y CUOTAS

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Presentamos reclamaciones de seguros y aceptamos la asignación de seguros como un servicio a nuestros clientes. Usted es responsable del deducible y los copagos en el momento del servicio. Cuando se reciba el pago de su compañía de seguros, cualquier diferencia será resuelta. Los pagos pueden realizarse con efectivo, tarjeta de crédito, tarjeta de débito, cheque o giro postal.

Si su cheque es devuelto, se cobrará un cargo por cheque devuelto de \$15.

DISPUTAS

Usted es el responsable final del pago de todas las tarifas. Si, por alguna razón, su reclamo de seguro es denegado, usted es responsable por el monto total de la factura. Continuaremos ayudándole a recibir el pago de su compañía de seguros. Trabajaremos con la compañía de seguros para resolver cualquier confusión o pregunta que pueda surgir, pero no entraremos en una "disputa" con una compañía de seguros con respecto a los deducibles, copagos, cargos cubiertos, "cargos habituales y habituales", etc. será su responsabilidad resolver cualquier tipo de disputa sobre el pago con su aseguradora.

INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LAS EMPRESAS DE SEGUROS

Es posible que su proveedor de seguros nos exija que les brindemos un diagnóstico clínico para facturar los servicios. Los diagnósticos son términos técnicos que describen la naturaleza de sus problemas y si son problemas a corto o largo plazo. Todos los diagnósticos provienen de un libro titulado DSM-5. Hay una copia en nuestra oficina y nos complacerá permitirle verla para obtener más información sobre su diagnóstico, si corresponde.

También tendremos que desarrollar un plan de tratamiento que describa los objetivos del tratamiento. Esta información se almacena de forma segura en una base de datos fuera del sitio. Podemos proporcionarle copias de cualquier registro relacionado con el seguro a su solicitud.

ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Este formulario también se considera la "Autorización para pagar la clínica".

Por la presente autorizo el pago directamente a VCS Inc. de los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos. Concedo la autorización para que VCS Inc. divulgue toda la información necesaria a terceros pagadores para garantizar el pago de los beneficios. Esta es mi "firma en el archivo".

Nombre impreso del titular de la póliza de seguro

Firma del titular de la póliza de seguro

Fecha

<h2 style="margin: 0;">AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN</h2>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: small;">Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre, segundo inicial)</td> <td style="font-size: small;">"C" No.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dotted black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Sexo</td> <td style="font-size: x-small;">Fecha de Nacimiento</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> VCS Mental Health Clinic </td> </tr> <tr> <td style="font-size: x-small;">Nombre de la Institución</td> <td style="font-size: x-small;">Unidad/Pabellón</td> </tr> </table>	Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre, segundo inicial)	"C" No.			Sexo	Fecha de Nacimiento	VCS Mental Health Clinic		Nombre de la Institución	Unidad/Pabellón
Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre, segundo inicial)	"C" No.										
Sexo	Fecha de Nacimiento										
VCS Mental Health Clinic											
Nombre de la Institución	Unidad/Pabellón										

Esta autorización para utilizar o divulgar información protegida de salud tiene que ser completada por el paciente o su representante personal, de acuerdo a las leyes y reglamentos estatales y federales. La información puede ser divulgada de acuerdo a esta autorización a las partes identificadas en este formulario, una vez la necesidad por la información sea justificada, y a condición de que la divulgación no será detrimental al paciente u otras personas. Se requiere una autorización separada para utilizar o divulgar información confidencial relacionada al VIH.

PARTE 1: Autorización para Divulgar Información

Descripción de la Información a ser utilizada o divulgada:

Name and status as a client in the VCS Mental Health Clinic

Propósito o Necesidad de la Información:

1. Esta información ha sido requerida:
 - por el individuo o su representante personal y será divulgada a la persona o entidad que haya justificado la necesidad por la información; u
 - Otro (explique) By VCS Mental Health Clinic

2. El propósito de esta divulgación es (explique):

To coordinate services with the Rockland Behavioral Health Response Team only at times when the clinic determines that you are at heightened risk of harm to self or others

De: Nombre, Dirección y Puesto de la Persona/ Persona/Organización/ Centro/Programa que divulga la información

VCS Mental Health Clinic
77 S Main St, New City, NY 10956

Para: Nombre, Dirección y Puesto de la Persona/Organización Centro/Programa al cual se le divulga la información

NOTA: Si la misma información se va a divulgar a múltiples partes con el mismo propósito, por el mismo período de tiempo, esta autorización aplicará a todas las partes en la siguiente lista.

Rockland County Behavioral Health Response Team

- A.** Por este medio permito la utilización o divulgación de la información mencionada anteriormente a las Personas/Organización/Centro/Programa(s) identificada(s) anteriormente. Entiendo que:
1. Únicamente la información descrita en este formulario podrá ser utilizada o divulgada como resultado de esta autorización.
 2. Esta información es confidencial y está protegida bajo las reglamentaciones federales de privacidad (HIPAA, siglas en inglés) y las leyes de Higiene Mental del Estado de Nueva York y no puede ser divulgada legalmente sin mi permiso.
 3. Si esta información es divulgada a alguien a quien no se le requiere cumplir con HIP AA entonces puede ser divulgada nuevamente y ya no estaría protegida por HIPAA. Sin embargo, esta información está protegida bajo la ley de Higiene Mental del Estado de NY, la cual prohíbe que esta información sea divulgada nuevamente a otra entidad a menos que dicha divulgación este permitida por la ley del Estado de NY (Ley de Higiene Mental §33.13).
 4. Tengo el derecho a revocar (a pedir que se me devuelva) esta autorización en cualquier momento. Mi revocación tiene que ser hecha por escrito en el formulario que me fue provisto por (inserte nombre del Centro o programa), VCS Mental Health Clinic. Estoy consciente que mi revocación no será efectiva si la persona a la que autorice a utilizar o divulgar mi información protegida de salud ya ha tomado acción debido a mi autorización previa.
 5. No tengo que firmar esta autorización y mi negativa a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, tampoco afectará mi elegibilidad para obtener beneficios.
 6. Tengo el derecho a inspeccionar y copiar mi propia información protegida de salud a ser utilizada o divulgada (de acuerdo a los requerimientos de las reglamentaciones federales sobre protección de privacidad bajo 45 CFR §164.524) y la Ley de Higiene Mental del Estado de NY §33.16.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre de la Institución VCS Mental Health Clinic	Nombre del Paciente (Apellido, primer nombre, segundo inicial)	"C"/Id. No.
--	--	-------------

B-1. Utilización o divulgación una sola vez: Por este medio permito la utilización o divulgación una sola vez de la información antes descrita a la persona/organización/centro/programa identificado anteriormente.

Mi autorización expirará:

- Una vez completado el uso;
- 90 días después de esta fecha;
- Otro _____

VCS Mental Health Clinic

B-2. Utilización o divulgación periódica: Por este medio autorizo la utilización o divulgación periódica de la información antes descrita a la persona/organización/centro/programa identificado anteriormente tan frecuente como sea necesario para cumplir con el propósito identificado anteriormente.

Mi autorización expirará:

- Hasta que deje de recibir servicios de *(inserte nombre del Centro o programa)* _____ ;
- A partir de un año después de esta fecha;
- Otro _____

C. Firma del paciente: Certifico que he autorizado el uso de mi información de salud como se establece en este documento.

Firma del paciente o de su Representante Personal

Fecha

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Nombre del Representante Personal (en letra de imprenta)

Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del paciente *(requerido si el Representante Personal firma la Autorización)*

D. Declaración del Testigo/Firma: He sido testigo de la ejecución de esta autorización y declaro que una copia de la autorización firmada fue provista al paciente y/o al representante personal.

ATESTIGUADO POR: _____
Nombre del empleado y título

La autorización fue provista a: _____

Fecha: _____

A ser completado por el Centro:

Firma del empleado que utiliza o divulga la información

Título

Fecha de la divulgación

PARTE 2: Revocación de la Autorización para Divulgar Información

Por este medio revoco mi autorización para utilizar o divulgar la información indicada en la Parte 1, a la Persona, Organización / Centro/Programa cuyo nombre y dirección es:

Por este medio me rehúso a autorizar el uso o divulgación indicado en la Parte 1, por parte de la Persona/Organización/Centro/Programa cuyo nombre y dirección es:

POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA PARA SU INFORMACIÓN

Horas de operación de la clínica de la salud mental de VCS: lunes-viernes 8:00-17:00

Para **CANCELAR** una cita, llame la clínica de la salud mental de VCS al 845-634-5729. Si atiende el buzón de voz, por favor hable despacio y claramente y deje la información siguiente.

Nombre y apellido

Teléfono

Nombre y apellido del terapeuta

Fecha y hora de la cita

Tome nota: Cualquier llamada hecha a partir de las 5 de la tarde no será recibida hasta el día siguiente.

Si la clínica de la salud mental de VCS está cerrada y usted está en crisis, puede llamar a cualquiera de los recursos siguientes:

911: Bomberos/Policía/Ambulancia

(845) 517-0400: Unidad móvil de las crisis de salud mental del condado de Rockland

(845) 348-2345: Sala de emergencias del hospital de Nyack

(845)368-5029: Sala de emergencias del hospital Good Samaritan (Suffern)

(845) 535-1131: Clínica de la salud mental de VCS: línea de emergencias

(888) 628-9454: Línea directa de la Red Nacional de Prevención del Suicidio

SI LA AGENCIA ESTÁ CERRADA DEBIDO AL CLIMA, HABRÁ UN AVISO EN EL TELÉFONO GENERAL.

Si usted tiene alguna preocupación acerca de las políticas o los procedimientos de la agencia mientras está en terapia en la clínica de la salud mental de VCS, por favor no dude en comunicarse con su terapeuta o con cualquier empleado de la clínica.

El condado de Rockland tiene dos excelentes líneas de referencia si usted necesita ayuda con los vales de comida, los servicios médicos, la vivienda, el transporte, otros programas del condado, la discriminación, los servicios legales y de la justicia criminal, etc. Si no encuentra la ayuda que necesita por medio de estas líneas, puede consultar a su terapeuta.

LINEAS DE INFORMACION DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS

INFORMACIÓN DE ROCKLAND: (845) 364-2020

LÍNEA DE REFERENCIA DE HUDSON VALLEY UNITED WAY: 211



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información.

Revísela con cuidado.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.
-

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
 - Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.
-

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
 - Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.
-

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
 - Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.
-

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
 - Venta de su información.
 - La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.
-

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

continúa en la próxima página

Nuestros usos y divulgaciones

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
-

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
-

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
-

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.
