

Formularios para que usted traiga a su primera visita

En este paquete usted encontrará algunos formularios para que usted llene. Puede hacerlo usted mismo o con el apoyo de su padre o guardián. Usted debe traer estos a su primera visita, o completarlos ahora si usted está recibiendo estos mientras espera su visita hoy.

Si hay algo que no está seguro acerca de los formularios, puede dejar esas preguntas en blanco y pedirle ayuda al consejero cuando se reúna por primera vez. El consejero tendrá otras formas breves que le explicarán y le pedirá que llene su primera visita.

Aquí está la lista de los formularios:

- Llene el **formulario de ingeste de niños/adolescentes**
- Lea y firme el **formulario de responsabilidades del cliente de VCS**
- Complete el **SBQ-R** Cuestionario
- Complete el **CRAFFT** Cuestionario
- Complete el **RODS** Cuestionario

Aquí está la lista de formularios que son para su información para que usted mantenga:

- **Por favor guarde esta hoja para su información**
- **Notificación de prácticas de privacidad**

Qué esperar de Ur Space

Hola y Bienvenidos a Ur Space.

Si esta es su primera vez en consejería, es probable que tenga un montón de preguntas acerca de lo que es y cómo funciona en Ur Space. Esperamos contestar algunas de sus preguntas aquí, pero siéntase libre de preguntar al consejero que usted se reúna en su primera visita. Siempre estamos encantados de ayudar.

¿Qué es la Consejería?

Muchas cosas que nos suceden pueden ser difíciles de hablar con otras personas. O a veces, incluso si podemos hablar de ellos, es difícil saber qué hacer al respecto.

La Consejería es acerca de tener una relación con alguien que ayudará a construir un espacio con usted donde es seguro hablar de lo que quiera. Donde nunca serás juzgado o criticado. Donde el consejero le ayudará a hablar sobre lo que ha sucedido, entender lo que está sintiendo, y ayudar a centrarse en las cosas que desea.

¿Qué tipo de cosas trae la gente a la Consejería y cómo es útil la Consejería?

La gente trae todo tipo de cosas a la Consejería. A veces la gente ha pasado por una experiencia que ha sido muy perturbante, como una muerte inesperada, el divorcio de los padres, un accidente grave o algún tipo de abuso. A veces la gente se siente triste o ansiosa de una manera que está haciendo difícil centrarse en la escuela o los amigos. A veces las personas se sienten mal por sí mismas o por sus cuerpos y quieren ayuda para sentirse mejor. A veces la gente está teniendo dificultades para hacer amigos, lidiar con el acoso o enfocarse en la escuela. La gente trae preguntas sobre el sexo y la sexualidad, como preguntarse sobre ser gay, lesbiana, bisexual o transgénero.

Usted puede traer en cualquier cosa que usted quiere discutir y haremos nuestro mejor para ayudar.

¿Qué hago en Consejería? ¿Es sólo hablar?

Básicamente, la consejería es en primer lugar para hacer un espacio donde usted puede

sentirse cómodo hablando a través de las cosas que desea discutir. Entonces, si los problemas son confusos, tratamos de entender cómo vinieron o qué los causó. Una vez que somos capaces de dar sentido a ellos, entonces trabajamos juntos para resolver, superar o aprender maneras de lidiar con ellos. Es un poco como si vas al médico, primero intentan diagnosticar el problema y luego averiguar cómo curarlo o ayudar con los síntomas.

Nos gusta ser creativos en cómo ayudamos, tan a menudo que es en hablar juntos, pero también podemos probar cosas como meditación o habilidades de relajación, o usar libros, o a veces arte. Vamos a tratar de averiguar juntos lo que funciona mejor para usted y luego hacer eso.

¿Qué tan involucrados serán mis padres o tutores?

Esta decisión es tuya. La Consejería generalmente funciona mejor cuando los padres o tutores están involucrados de alguna manera. Eventualmente la Consejería terminará y sus padres o tutores pueden necesitar haber estado involucrados para que entiendan lo que están experimentando y cómo seguir ayudando.

Pero hay situaciones en las que una persona comprensiblemente no puede querer involucrar a sus padres o tutores. La decisión es de usted.

¿Es lo que digo en la Consejería mantenido privado?

Usted es la persona que decide lo que desea mantener en privado y lo que podría querer compartir con otras personas, como sus

padres o tutores, o tal vez sus maestros o consejero escolar.

Excepto en los casos en que estemos preocupados por usted o alguien que esté en peligro inminente o un adulto que le cause un daño grave, nunca le contaremos a nadie acerca de nada de lo que hable en consejería sin su permiso y esa decisión siempre es suya. En la medida de lo posible, cuando quiera que hablemos con otra persona, nos aseguraremos de que esté allí cuando lo hagamos.

¿Con qué frecuencia se lleva a cabo la Consejería y cuándo termina?

Esta es también su decisión. Típicamente la gente viene la consejería sobre una vez por semana por cerca de 45 minutos cada vez, y la consejería dura alrededor de tres meses a un año. Pero usted puede venir menos o más con frecuencia, y hacer menos de tres meses o más de un año dependiendo de sus necesidades. También puede detenerse por un tiempo y volver a empezar de nuevo.

¿Puedo decidir no ir a consejería?

Absolutamente. Si decide o no venir a la Consejería es su elección.

Entendemos que usted puede tener algunos sentimientos encontrados acerca de venir a la consejería, especialmente si alguien más está haciéndole venir. Si este es usted, entonces le animamos a probarlo durante un mes antes de tomar una decisión. Lo apoyamos y siempre respetaremos su decisión de decir que no.

FORMULARIO DE INGESTA DE NIÑOS/ADOLESCENTES

¿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) legal: _____

Nombre y apellido(s) preferido: _____

Domicilio (Calle & número): _____

Domicilio (Localidad, estado, código postal): _____

¿Seguro enviar el correo a la dirección antedicha? ☐ Sí ☐ No

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		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cell		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

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

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 de relación: _____

Idioma que se habla en su casa: _____

Escuela y grado: _____

¿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?? _____

¿Está interesado en dejar de fumar o reducir el tabaquismo? ☐ Sí ☐ No

¿Alguien en la casa fuma cigarrillos / cigarrillos electrónicos / productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

FAMILIA

Enumere por favor a toda la gente que vive en su casa con usted

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>SEXO</u>	<u>EDAD</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Please list all parents and siblings **not** living with you.

<u>NOMBRE</u>	<u>RELACIÓN</u>	<u>SEXO</u>	<u>EDAD</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tus padres estan vivo? ☐ Sí ☐ No

¿Quién no vive y cuántos años tenía cuando murió?

Auto-Evaluación

Si no está cómodo respondiendo algunas de estas preguntas, siéntase libre de dejarlos en blanco

General

1. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones? _____

2. ¿Qué desearías cambiar en tu vida? (Marque todos los que correspondan)
☐ Padres ☐ Escuela ☐ Amigos ☐ Ti mismo ☐ Consumo de Alcohol
☐ Uso de Drogas ☐ Peso ☐ Otros: _____
3. ¿Cuáles son tus aficiones?

4. ¿Qué trabajos o carreras te interesan para el futuro?

Peso y Hambre

5. ¿Limita deliberadamente cuánto come, o no come por largos períodos de tiempo, para afectar su peso o apariencia? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Pensar en su peso o apariencia dificulta concentrarse en las cosas que le interesan (por ejemplo, conversaciones, trabajo escolar)? ☐ Sí ☐ No
7. ¿A veces a propósito vomitar después de comer? ☐ Sí ☐ No
8. ¿A menudo siente hambre o no tiene suficiente comida para comer? ☐ Sí ☐ No

Social & Escuela

9. ¿Está satisfecho con la calidad de sus amistades y el número de amigos que tiene?
☐ Sí ☐ No
- ¿Qué te gusta hacer con tus amigos?

10. ¿Estás en un programa especial en la escuela? ☐ Sí ☐ No
- ¿Qué programa? _____
11. ¿Tiene problemas con los maestros en la escuela? ☐ Sí ☐ No
- ¿Qué tipo de problemas? _____
12. ¿Te metiste en peleas en la escuela o en la comunidad? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Alguna vez ha tenido problemas con otros estudiantes burlando, golpeando, acosando (incluyendo en línea) o diciendo cosas de malo para usted? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Tiene conexiones o ha tenido algún problema con una pandilla? ☐ Sí ☐ No
15. ¿El uso de los medios sociales alguna vez causa algún problema para usted (por ejemplo, otras personas le dicen que piensan que es un problema, o que se interpone en el camino de la escuela, o causa preocupación)? ☐ Sí ☐ No

Uno Mismo-Lesiónes

16. ¿Ha cortado o lastimado físicamente usted mismo (por ejemplo, moretones, arañazos, quemaduras, pellizcos, mordidas, etc.) a propósito? ☐ Sí ☐ No
- ¿Cuándo fue la última vez? _____
- ¿Alguien lo sabe? ☐ Sí ☐ No
- ¿Quién? _____

Orientación Sexual

17. ¿Se identifica como:

☐ Heterosexual
☐ Otro

☐ Lesbiana, gay u homosexual
☐ No sé

☐ Bisexual
☐ Elijo no reveler

18. ¿Cuál es su identidad de género? (elegir uno)

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Hombre transgénero/mujer a hombre

☐ Mujer transgénero/hombre a muje

☐ Ni masculino ni femenino

☐ Otra categoría, por favor especifique: _____

☐ Elijo no revelar

19. ¿Qué sexo te asignaron al nacer en tu certificado de nacimiento original?

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Elijo no revelar

20. ¿Te gustaría recibir ayuda relacionada con tu orientación sexual o identidad de género?

☐ Sí

☐ No

☐ Inseguro

21. ¿Es usted sexualmente activo? ☐ Sí ☐ No

22. ¿Ha tenido relaciones sexuales en el pasado? ☐ Sí ☐ No

23. ¿Alguna vez ha estado embarazada o ha conseguido a alguien embarazado? ☐ Sí ☐ No

24. ¿Alguna vez has experimentado algún tipo de contacto sexual que no querías o que se sintió incómoda en el momento o después?

☐ Sí ☐ No

25. ¿Alguien te ha pedido alguna vez que tengas sexo a cambio de dinero o algo más?

☐ Sí ☐ No

Trauma

26. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes eventos (marque todos los que correspondan)?:

☐ Accidente Automovilístico

☐ Alcoholismo o uso de drogas en el hogar por un miembro de la familia

☐ Muerte súbita de un miembro de la familia o un amigo cercano

☐ Lesiones graves o eventos potencialmente mortales

- ☐ Operación o evento médico importante
- ☐ Presenciar un acontecimiento violento y desfigurante
- ☐ Abuso físico, emocional, verbal o sexual
- ☐ Intimidación en la escuela
- ☐ Encarcelamiento de un padre o cuidador
- ☐ Enfermedad médica o de salud mental importante de un miembro de la familia
- ☐ Separación o divorcio de padres o cuidadores
- ☐ Otro evento que es difícil salir de su mente

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

POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA PARA SU INFORMACIÓN

Horas de operación de la clínica de la salud mental de VCS: lunes-jueves 9:00-17:00

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.	<i>Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.</i>
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.	<i>Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.</i>
Facturar por sus servicios	Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.	<i>Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.</i>

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.

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

Cuestionario CRAFFT 2.0

Para que lo conteste el paciente

Por favor, conteste todas las preguntas **honestamente**; sus respuestas se tratarán de forma **confidencial**.

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuántos días usted:

1. bebió más de unos sorbos de cerveza, vino u otra bebida que contenía **alcohol**? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.

N° de días

2. consumió **marihuana** (hierba, mota, hachís o comidas de cannabis) o "**marihuana sintética**" (como "K2" o "*Spice*")? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.

N° de días

3. consumió **alguna otra sustancia para drogarse** (p.ej.: otras drogas ilícitas, medicamentos recetados o de venta libre, y cosas que se aspiran o inhalan)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.

N° de días

LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE CONTINUAR:

- Si usted escribió "0" en **TODOS** los casilleros de arriba, **RESPONDA LA PREGUNTA 4, LUEGO DETÉNGASE.**
- Si usted escribió "1" o números más altos en **CUALQUIERA** de los casilleros anteriores, **RESPONDA LAS PREGUNTAS 4 a 9.**

	No	Sí
4. ¿Ha viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba "drogada" o había consumido alcohol o drogas?	☐	☐
5. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas para RELAJARSE , sentirse mejor consigo mismo/a o integrarse en un grupo?	☐	☐
6. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas mientras está SOLO/A , o sin compañía?	☐	☐
7. ¿Alguna vez se le OLVIDAN cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas?	☐	☐
8. ¿Le han sugerido alguna vez sus FAMILIARES o AMIGOS que disminuya el consumo de alcohol o drogas?	☐	☐
9. ¿Se ha metido alguna vez en LÍOS o problemas al tomar alcohol o drogas?	☐	☐

AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:

La información incluida en esta página está protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, salvo que mediara una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2016.

Reproducción autorizada por el Center for Adolescent Substance Abuse Research (CeASAR), Boston Children's Hospital.
Para obtener más información y versiones en otros idiomas, ingrese en www.ceasar.org

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 | ☐ Sí ☐ No |
| b) Metadona | ☐ Sí ☐ No |
| c) Buprenorfina | ☐ Sí ☐ No |
| d) Morfina | ☐ Sí ☐ No |
| e) MS CONTIN | ☐ Sí ☐ No |
| f) Oxycontin | ☐ Sí ☐ No |
| g) Oxycodona | ☐ Sí ☐ No |
| h) Otros analgésicos opiáceos | ☐ Sí ☐ 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

Formularios para dar a su padre o tutor

Por favor, dé estos formularios a su padre o tutor para llenarlos y llevarlos a su primera visita. Si hay una razón por la que no desea involucrar a su padre o tutor, por favor contacte con nosotros antes de su primera visita para discutir esto.

Aquí está la lista de formularios para su padre o tutor para completar:

- Complete y firme el **Formulario de ingeste de padre/guardián**
- Firme el formulario de **Consentimiento Informado**
- Firme el formulario de **Asignación de Seguros**
- Complete y firme el formulario de consentimiento **Health-e-Connections**
- Complete el **Formulario de Historia Médica**
- Firme el formulario de **Consentimiento Informado de Telemedicina**
- Complete el formulario de Autorización Para Divulgar Información para alguna persona o agencia que necesite comunicarse con usted.



FORMULARIO DE INGESTA DE PADRE/GUARDIÁN

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

Nombre de niño / adolescente: _____

Domicilio (Calle & número): _____

Domicilio (Localidad, estado, código postal): _____

¿Es seguro enviar un correo a la dirección? ☐ Sí ☐ No

Número de Teléfono		¿Podemos llamar?	¿Podemos dejar mensaje?
Casa		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Cell		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Trabajo		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: _____ (por favor escriba claramente)

Nombre del padre/Guardián legal: _____

Soy el: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián legal

En el caso de padres divorciados o tutela legal para este niño: Al firmar a continuación, usted reconoce que como Custodio Legal tiene autoridad para dar su consentimiento para el tratamiento para el adolescente/niño mencionado anteriormente.

Firma _____

¿Ha recibido su hijo algún servicio de salud mental en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Dónde? _____

¿Quién es el medico o proveedor de atención médica de su hijo? _____

Medicamentos que esté tomando su hijo: _____

¿Alguna vez hospitalizó a su hijo o estuvo bajo cuidado residencial? ☐ Sí ☐ No

Cuando y donde? _____



Marque cualquier área en la que su hijo tenga problemas:

- | | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| ☐ Peso | ☐ Problemas sexuales | ☐ Estado animico | ☐ Pesadillas |
| ☐ Salud | ☐ Habilidades lingüísticas | ☐ Colegio | ☐ Autolesiones |
| ☐ Hábitos nerviosos | ☐ Pensamientos de suicidio | ☐ Depresión | ☐ Drogas |
| ☐ Dieta | ☐ Amigos | ☐ Aislamiento | ☐ Ansiedad. |
| ☐ Enojo | ☐ Dormir | ☐ Redes sociales | ☐ Higiene |
| ☐ Identidad de género / Orientación sexual | | | |

Por favor explique las áreas que marcó:

¿Alguna vez su hijo ha sido evaluado para servicios de necesidades especiales en su escuela?

☐ Sí ☐ No

¿Está su hijo en un programa de necesidades especiales?

☐ Sí ☐ No

¿Alguien en la casa fuma cigarrillos / cigarrillos electrónicos / productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Alguien en la casa utiliza alguno de los siguientes:

¿Drogas ilegales?

☐ Sí ☐ No

¿Medicamentos que no han sido recetados?

☐ Sí ☐ No

¿Alcohol en la medida en que alguien lo considere un problema?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Consentimiento informado

Nombre y apellido:

Fecha:

Empleado/a:

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

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 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 diagnóstico; 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.

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES/CUIDADORES EN EL TRATAMIENTO

Damos la bienvenida y alentamos la participación de los padres y/o cuidadores en el tratamiento. Por favor, entienda por primera vez que la seguridad de la confidencialidad de la información que su hijo comparte en el tratamiento es importante para construir una relación de confianza y para ayudarles a abrirse gradualmente sobre los temas que desean discutir y sobre los cuales están buscando Ayuda. Por esta razón, normalmente buscamos su consentimiento antes de compartir cualquier información con otros, incluyendo padres y cuidadores. Nuestra experiencia es que un consentimiento abierto en virtud del cual periódicamente o periódicamente divulgamos información a los padres y cuidadores sin el permiso del niño o adolescente en cada caso tiende a inhibir el tratamiento y puede hacer

más difícil para los niños y que los adolescentes se abran y hagan progresos. Si hay problemas sobre los cuales usted está preocupado o desea saber alguna información específica que su hijo puede estar discutiendo en el tratamiento, por favor deje que el médico de su hijo lo sepa y ellos discutirán su pregunta con su hijo y luego le ayudarán a organizar una conversación con usted acerca de esa información con la participación de su hijo. Creemos que la implicación de las familias en el tratamiento y la construcción gradual de la confianza y la comunicación entre las familias y el niño o adolescente en el tratamiento es generalmente esencial para los buenos resultados, por lo que nuestro objetivo es facilitar el intercambio gradual de información y la participación de los padres y cuidadores en el tratamiento siempre que sea posible.

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 respecto 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.

CONSENT TO TREATMENT

Your signature below indicates that you have read this Agreement and received the Notice of Privacy Practices and agree to their terms.

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.

_____ Parent / Caregiver Printed Name	_____ Signature	_____ Date
_____ Child / Adolescent Printed Name	_____ Signature	_____ Date

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

VCS Inc.

Departamento de Salud del Estado de Nueva York

**Autorización de acceso a información del paciente
a través de una organización de intercambio de
información de salud**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de identificación del paciente
Dirección del paciente		

Solicito que el acceso a la información de salud vinculada a mi atención médica y tratamientos se rija por lo que se establece en este formulario. Puedo optar por permitir (o no) que la Organización que se identifica más arriba acceda a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información de salud denominada HealthConnections. En caso de otorgar mi consentimiento, se podrá acceder a través de una red informática estatal a mis registros de atención de salud provenientes de los diferentes lugares donde me atiendo. HealthConnections es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por medios electrónicos y cumple con los requisitos de privacidad y seguridad establecidos por la ley Ley de Transferencia y Responsabilidad en los Seguros de Salud (HIPAA) y la ley del Estado de Nueva York. Para saber más, visite el sitio en Internet de HealthConnections en www.HealthConnections.org.

La elección que haga en este formulario NO afectará mi acceso a la atención de salud. La elección que haga en este formulario NO autoriza a las empresas de seguros de salud a acceder a mi información con el objetivo de decidir si me brindarán o no cobertura de seguro de salud o pagarán mis gastos médicos.

Mi opción de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento, para lo cual bastará con que llene un nuevo formulario.
☐ 1. DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización que se identifica más arriba acceda a TODA mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections para brindarme cuidados de atención de salud (incluidos cuidados en situación de emergencia).
☐ 2. NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que la Organización que se identifica más arriba acceda a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections, aun en situaciones de emergencia médica.

Si quiero denegar mi consentimiento a todas las organizaciones proveedoras de cuidados de salud o planes de salud que participan en HealthConnections a fin de que no accedan a mi información de salud en formato electrónico a través de HealthConnections, podré hacerlo a través del sitio en Internet de HealthConnections, www.HealthConnections.org, o llamando a HealthConnections al 315-671-2241 x5.

He recibido respuestas a mis preguntas sobre este formulario, y se me ha entregado una copia del mismo.

Firma del paciente o representante legal del paciente	Fecha
Nombre del representante legal en imprenta (si corresponde)	Relación entre el representante legal y el paciente (si corresponde)

Detalles sobre la información a la que se accede a través de HealthConnections y el proceso de consentimiento:

1. **Maneras en las que podría utilizarse su información.** Su información de salud en formato electrónico se utilizará **únicamente** para los siguientes servicios de atención de salud:
 - **Servicios de tratamiento.** Brindarle tratamiento médico y servicios relacionados.
 - **Verificación de elegibilidad de cobertura de seguro.** Verificar si cuenta con un seguro médico, y qué es lo que cubre.
 - **Actividades de administración de cuidados.** Las mismas incluyen brindarle asistencia para acceder a cuidados médicos apropiados, mejorar la calidad de los servicios que se le brindan, coordinar la provisión de los múltiples servicios de atención de salud que reciba o ayudarlo para que cumpla con su plan de cuidados médicos.
 - **Actividades de mejora de la calidad.** Evaluar y mejorar la calidad de la atención médica que reciben usted y todos los pacientes.
2. **Tipos de información sobre usted que se incluyen.** Si usted otorga su consentimiento, la(s) organización(es) proveedora(s) incluida(s) podrá(n) acceder a TODA su información de salud en formato electrónico disponible a través de HealthConnections. Esto incluye información creada antes y después de la fecha de firma de este formulario. Sus registros de salud podrían incluir su historial de enfermedades o lesiones (como diabetes o fracturas óseas), resultados de análisis (como rayos X o análisis de sangre) y listas de los medicamentos que haya tomado. Dicha información podría incluir datos sobre afecciones de salud de índole confidencial, entre ellas:

Problemas de abuso de alcohol o drogas	Control de natalidad y abortos (planificación familiar)
Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas)	VIH/SIDA
Enfermedades mentales	Enfermedades de transmisión sexual

Si ha recibido atención por abuso de alcohol o drogas, su legajo puede incluir información relacionada con sus diagnósticos de abuso de alcohol o drogas, medicamentos y dosificaciones, pruebas de laboratorio, alergias, historial de uso de sustancias, historial de traumatismos, altas hospitalarias, empleo, situación de vida y apoyos sociales, así como historial de reclamaciones del seguro de salud.
3. **De dónde proviene la información de salud sobre usted** La información sobre usted proviene de los lugares donde ha recibido atención médica o de su proveedor de seguro de salud. Eso podría incluir hospitales, médicos, farmacias, laboratorios clínicos, empresas de seguros de salud, el programa Medicaid y otras organizaciones que intercambian información de salud por vía electrónica. En HealthConnections podrá encontrar una lista completa y actualizada de dichas entidades. Podrá acceder una lista actualizada en cualquier momento en el sitio en Internet de HealthConnections, www.HealthConnections.org, o llamando al 315-671-2241x5.
4. **Quiénes podrán acceder a su información, si otorga su consentimiento** Únicamente médicos y otros miembros del personal de la(s) organización(es) a las cuales usted haya dado su consentimiento para acceder a la información, y que desarrollen actividades autorizadas en este formulario, tal como se describen en el párrafo uno.
5. **Acceso de organizaciones de salud pública y de trasplante de órganos.** La ley autoriza a las agencias federales, estatales o locales de salud pública, y ciertas organizaciones de trasplante de órganos, a acceder a la información de salud sin el consentimiento del paciente para determinados fines vinculados a la salud pública y al trasplante de órganos. Dichas entidades podrán acceder a su información a través de HealthConnections con dichos fines independientemente de que usted otorgue o no su consentimiento, o no llene un formulario de consentimiento.
6. **Sanciones por el uso o acceso ilícito a su información de salud.** Existen sanciones por el acceso o uso inapropiado de su información de salud en formato electrónico. Si en cualquier momento usted sospecha que alguien no autorizado ha visto o accedido a su información de salud, (i) llame la Organización que se identifica más arriba ; (ii) visite el sitio en Internet de HealthConnections, www.HealthConnections.org; (iii) llame al Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 518-474-4987; o (iv) siga el proceso para presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Civiles en el siguiente enlace: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Divulgaciones posteriores de su información.** Cualquier organización a la que usted haya dado su consentimiento para acceder a su información de salud podrá volver a divulgarla, pero únicamente en la medida permitida por las leyes y disposiciones estatales y federales. La información vinculada a tratamientos por el abuso de alcohol o drogas, o la información confidencial vinculada al VIH, únicamente será accesible, y podrá volver a divulgarse, si está acompañada por las declaraciones obligatorias sobre la prohibición de divulgaciones posteriores.
8. **Período de vigencia.** Este formulario de consentimiento conservará su vigencia hasta el día en que usted revoque su consentimiento, o hasta que HealthConnections deje de funcionar (**o hasta pasados 50 años desde su fallecimiento, lo que ocurra primero**). En caso de que HealthConnections se fusione con otra entidad calificada, sus opciones de consentimiento conservarán su vigencia en la nueva entidad fusionada.
9. **Cómo cambiar su opción de consentimiento.** Usted podrá cambiar su opción de consentimiento en cualquier momento y para cualquier organización de provisión de cuidados de salud o plan de salud, para lo que bastará con que presente un nuevo formulario de consentimiento con su nueva elección. Las organizaciones que accedan a su información de salud a través de HealthConnections mientras su consentimiento esté en vigencia podrán copiar o incluir su información en sus propios registros médicos. Aun si posteriormente usted decide cambiar su decisión de consentimiento, dichas organizaciones no estarán obligadas a devolverle su información o eliminarla de sus registros.
10. **Copia del formulario.** Usted tiene derecho a que se le entregue una copia de este formulario de consentimiento.

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.

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

☐ No Aplicable
desarrollo)

Inmunizaciones (obligatorias para individuos con discapacidades del

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

☐ Varicela	☐ Difteria	☐ Rubeola	☐ Hepatitis B	☐ Sarampión
☐ Paperas	☐ Polio	☐ Viruela	☐ Tétanos	☐ 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	☐	☐	☐	☐	
Anemia	☐	☐	☐	☐	
Artritis	☐	☐	☐	☐	
Asma	☐	☐	☐	☐	
Trastorno de sangrar	☐	☐	☐	☐	
Presión (alta o baja)	☐	☐	☐	☐	
Problemas de huesos/coyunturas	☐	☐	☐	☐	
Cáncer	☐	☐	☐	☐	
Cirrosis/Enfermedad hepática	☐	☐	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	☐	☐	
Sobredosis de droga	☐	☐	☐	☐	
Endocarditis	☐	☐	☐	☐	
Epilepsia/ataques	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad/dificultad del ojo	☐	☐	☐	☐	
Fibromialgia/Dolor muscular	☐	☐	☐	☐	
Dolor de cabeza	☐	☐	☐	☐	
Lesión en la cabeza/ tumor en el cerebro	☐	☐	☐	☐	
Problemas auditivos/sordera	☐	☐	☐	☐	
Cardiopatía	☐	☐	☐	☐	
Hepatitis (forma específica)	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad del riñón	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad pulmonar	☐	☐	☐	☐	
Dolor menstrual	☐	☐	☐	☐	
Salud oral/dental	☐	☐	☐	☐	
Anemia falciforme o rasgo	☐	☐	☐	☐	
Problemas del estómago/intestino	☐	☐	☐	☐	
Apoplejía	☐	☐	☐	☐	
Tiroides	☐	☐	☐	☐	
Tuberculosis	☐	☐	☐	☐	
SIDA/VIH	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad de transmisión sexual	☐	☐	☐	☐	
Trastorno alimenticio	☐	☐	☐	☐	
Dificultad del sueño	☐	☐	☐	☐	
Otro	☐	☐	☐	☐	
Otro	☐	☐	☐	☐	

Describa 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

☐ Ninguna
☐ Comida (especifique):
☐ Medicamento (especifique):
☐ Otra (Especifique):

Sólo para mujeres

¿Está embarazada actualmente? Si es el caso, fecha de parto ☐ No ☐ Sí -	¿Está recibiendo tratamiento pre-natal? Si es el caso, indique el proveedor. ☐ No ☐ Sí -
¿Amamanta actualmente? ☐ No ☐ Sí	¿Hay algún antecedente significativo relacionado con el embarazo? ☐ No ☐ 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

☐ No hay problema	Comida ☐ Más ☐ Menos ☐ No come	Bebida ☐ Más ☐ Menos	Apetito ☐ Aumentado ☐ Bajado
☐ Nausea	☐ Vómito	☐ Problemas de masticar o tragar	
Dieta especial		Otra	

Detalles del dolor

¿Interfiere el dolor con las actividades actualmente? ☐ No ☐ Sí – Si es así, ¿cuánto interfiere? (Marque)				
☐ No interfiere	☐ Poco	☐ Bastante	☐ Mucho	☐ 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:

VCS Consentimiento Informado Para Participar En Los Servicios De Telemedicina

A mí, _____, se me ha pedido que reciba servicios de salud conductual a través de la telemedicina. He sido informado de mi diagnóstico y propuesta de plan de tratamiento de telemedicina. Entiendo que recibiré servicios de atención médica a través de equipos interactivos de videoconferencia.

Entiendo que, en este momento, no hay riesgos conocidos relacionados con recibir mi atención de esta manera. Algunos de esos riesgos pueden incluir, entre otros:

- Pérdida de transmisión
- Tiempos de respuesta a crisis
- Preocupaciones de confidencialidad

Las políticas y procedimientos de VCS con respecto a la telesalud abordan muchas preocupaciones y planifican las contingencias, pero no cubren todos los escenarios.

Entiendo que el equipo se me mostrará y veré cómo funciona antes de recibir cualquier servicio. Entiendo que mi participación en la telemedicina es voluntaria y puedo negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento, verbalmente o por escrito. Entiendo que mi negativa a participar o mi decisión de dejar de participar se documentará en mi expediente médico. He sido informado de las posibles consecuencias de mi revocación del consentimiento informado para el tratamiento.

Entiendo que mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas. También entiendo que la probabilidad de que una videoconferencia sea interceptada por un extraño es similar a la posible interceptación de una llamada telefónica. Cuando reciba servicios a través de telemedicina, se me notificará quién está en la habitación del sitio remoto. Sin embargo, los servicios que utilizamos, a saber, Clocktree, se han examinado correctamente y cumplen con todos los requisitos de HIPAA e HITECH relacionados con la privacidad y la seguridad..

Entiendo que los proveedores de atención médica tanto en mi ubicación como en el sitio de video remoto tendrán acceso a cualquier información médica relevante sobre mí, incluyendo cualquier información psiquiátrica y/o psicológica, abuso de alcohol y/o drogas, y registros de salud mental.

He leído este documento y por la presente doy mi consentimiento para participar en la recepción de servicios de salud conductual a través de la telemedicina bajo los términos descritos anteriormente. Entiendo que este documento se convertirá en parte de mi historial médico.

Por favor marque la casilla apropiada a continuación.

☐ Acepto participar y recibir servicios de salud conductual a través de la telemedicina.

☐ He decidido no participar en las sesiones de telemedicina.

Nombre del paciente/ Nombre impreso del guardián

Firma

Firma de testigo

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre del Paciente
(Apellido, primer nombre, segundo inicial)

"C" No.

Sexo Fecha de Nacimiento

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:

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) _____

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

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

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.

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:

- Únicamente la información descrita en este formulario podrá ser utilizada o divulgada como resultado de esta autorización.
- 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.
- Si esta información es divulgada a alguien a quien no se le requiere cumplir con HIPAA 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).
- 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), _____ . 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.
- 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.
- 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	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 _____

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:

