



FORMA DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE **Si alguna información no se aplica a usted, escriba "N/A" en el campo. **

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo nombre: _____

Género: Masculino Femenina No binario Otro: _____ Prefiero no decirlo

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Seguridad Social: _____

Número de teléfono: (____) _____ Casa Movil Número de teléfono #2: (____) _____ Casa Movil

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Separados Viudo Comprometido Otro: _____

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbian/Homosexual Bisexual Otra: _____

Etnicidad/Raza: _____ Nativo Americano: No Sí - Tribu: _____

Religión: _____ Veterano: No Sí Discapacidad: No Sí: _____

Estado de Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Trabajo independiente Desempleados Discapacitado Jubilado

Alta educación: Primaria Secundaria Grado Secundario Alguna Educación Superior Universidad No aplica

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario: _____ Seguro Secundario: _____

Nombre de miembro: _____ Nombre de miembro: _____

Identificación de Miembro: _____ Identificación de Miembro: _____

Número de grupo: _____ Número de grupo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA ** Una liberación de información será requerido! **

Nombre, Apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DERECHOS DE LOS PACIENTES ADULTOS

Como paciente de un programa para el tratamiento del abuso o dependencia del alcohol u otras drogas, sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

1. Si el programa recibe fondos de la Agencia de Tratamiento y Prevención del Abuso de Sustancias (SAPTA), usted tiene derecho a recibir tratamiento a pesar de que puede pagarlo o no por el servicio . El programa tiene prohibido imponer cualquier tarifa o contrato. lo cual sería una dificultad para usted o su familia.
2. Tiene derecho a recibir un tratamiento adecuado a sus necesidades.
3. Si lo transfieren a otro proveedor de tratamiento, tiene derecho a que se le dé una explicación de la necesidad de dicha transferencia y de las alternativas disponibles, a menos que dicha transferencia se realice debido a una emergencia médica.
4. Tiene derecho a ser informado de todos los servicios del programa, que pueden ser de beneficio para su tratamiento.
5. Tiene derecho a que sus registros clínicos se envíen al programa receptor si lo transfieren a otro programa de tratamiento.
6. Tiene derecho a ser informado del nombre del responsable de la coordinación de su tratamiento y de la cualificación profesional del personal implicado en su tratamiento.
7. Usted tiene derecho a ser informado de nuestro diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
8. Tiene derecho a recibir información suficiente para dar su consentimiento informado a cualquier tratamiento que se le proporcione. Esto debe incluir una descripción de cualquier riesgo médico significativo, el nombre de la persona responsable del tratamiento, un costo estimado del tratamiento y una descripción de las alternativas al tratamiento.
9. Tiene derecho a ser informado si el centro propone realizar experimentos que afecten su propio tratamiento y derecho a negarse a participar en dichos experimentos.
10. Tiene derecho a examinar su pago por el tratamiento y a recibir una explicación por el costo del servicio.
11. Tiene derecho a ser informado de las reglas del programa para su conducta en las instalaciones.
12. Tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y a ser informado de las consecuencias de dicho rechazo.
13. Tiene derecho a recibir atención respetuosa y considerada.
14. Tiene derecho a recibir atención continua: a ser informado de sus citas para tratamiento, los nombres del personal del programa disponible para el tratamiento y de cualquier necesidad de atención continua.
15. Usted tiene derecho a que el programa satisfaga razonablemente cualquier solicitud razonable de servicios, considerando su capacidad para hacerlo.

16. Tienes derecho a recibir servicios sinceros, seguros, saludables y comfortable.
17. Tienes derecho a un trato confidencial. Esto significa que, salvo las excepciones definidas por la ley, como aquellas en las que la seguridad pública tiene prioridad, sin su consentimiento explícito para hacerlo, el programa no puede divulgar información sobre usted, incluida la confirmación o negación de que es un paciente.
18. La renuncia a cualquier derecho civil o de otro tipo protegido por la ley no puede exigirse como condición para los servicios del programa.
19. Tiene derecho a no sufrir acoso o abuso emocional, físico, intelectual o sexual.
20. Tiene derecho a asistir a actividades religiosas de su preferencia, incluidas las visitas de un consejero espiritual, en la medida en que dichas actividades no entren en conflicto con las actividades del programa. El programa deberá hacer adaptaciones razonables a las actividades religiosas que haya elegido. La asistencia y participación en cualquier actividad religiosa debe ser únicamente de forma voluntaria.
21. Tiene derecho a lamentar las acciones y decisiones del personal del centro que considere inapropiadas, incluidas, entre otras, acciones y decisiones que considere que violan sus derechos como paciente. El centro está obligado a desarrollar un procedimiento de quejas para la resolución oportuna de las quejas de los pacientes y a publicar dicho procedimiento en un lugar donde estará inmediatamente disponible para usted. Tienes el derecho a no sufrir represalias u otras consecuencias adversas como resultado de presentar una queja.
22. Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Estado de Nevada si el procedimiento de quejas del centro no resuelve su queja a su satisfacción, y el derecho a no sufrir represalias u otras consecuencias adversas como producto de la presentación de una queja. Dichas quejas pueden dirigirse por escrito o por teléfono a: Substance Abuse Prevention and Treatment Agency, 4126 Technology Way, 2nd Piso, Carson City, Nevada 89706. Teléfono: 1-775-684-4190.
23. Tiene derecho a ser informado de sus derechos como paciente. Lo anterior debe publicarse en el centro en un lugar donde esté inmediatamente disponible para usted, y se le debe informar sobre estos derechos y se le debe dar una lista de ellos tan pronto como sea prácticamente posible al comenzar el tratamiento.

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE DERECHOS DEL PACIENTE ADULTO

He leído, entiendo y me han proporcionado una copia de los Derechos del paciente anteriores.

Nombre del cliente

Fecha de hoy

Firme de cliente

Fecha de hoy

AVISO DE PRIVACIDAD

Efectivo: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Este Aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Su registro médico contiene información personal sobre usted y su salud. Esta información sobre usted que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados se conoce como Información de salud protegida ("PHI"). Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo el proveedor del tour puede usar y divulgar la PHI del tour de acuerdo con la ley aplicable. También describe sus derechos con respecto a cómo puede obtener acceso y controlar su PHI.

Según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPPA"), su proveedor debe mantener la privacidad de su PHI y notificarle sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. Su proveedor debe cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Su proveedor se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Cualquier nuevo Aviso de prácticas de privacidad será efectivo para toda la PHI que su proveedor mantenga en ese momento. Su proveedor le proporcionará una copia del Aviso de Privacidad revisado enviándole una copia por correo si la solicita o proporcionándole una en su próxima cita.

CÓMO PUEDE USAR SU PROVEEDOR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED

PARA TRATAMIENTO: Su información médica protegida puede ser utilizada y revelada por quienes participan en su atención con el fin de proporcionar, coordinar o administrar su tratamiento de atención médica y servicios relacionados. Esto incluye consultas con supervisores clínicos u otros miembros del equipo de tratamiento. Su proveedor puede divulgar su Información de salud protegida a cualquier otro consultor solo con su autorización.

PARA PAGO: Su proveedor puede usar y divulgar su Información de salud protegida (PHI) para poder recibir el pago por los servicios de tratamiento que le brindó. Ejemplos de actividades relacionadas con pagos son: tomar una determinación de elegibilidad o cobertura para beneficios de seguro, procesar reclamos con su compañía de seguros, revisar los servicios que se le brindan para determinar la necesidad médica o realizar actividades de revisión de utilización. Si es necesario utilizar procesos de recopilación debido a la falta de pago de los servicios, sólo se divulgará la cantidad mínima de Información de salud protegida necesaria para fines de recopilación.

PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Su proveedor puede usar o divulgar, según sea necesario, su Información de salud protegida (PHI) para respaldar sus actividades comerciales, incluidas, entre otras, actividades de evaluación de calidad, concesión de licencias y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, su PHI puede compartirse con terceros que realizan diversas actividades comerciales siempre que tengamos un contrato escrito con la empresa que lo exige para salvaguardar la privacidad de su PHI. Su PHI se puede utilizar para comunicarnos con usted y brindarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud.

REQUERIDO POR LA LEY: Bajo la ley. Su proveedor debe divulgar su Información de salud protegida (PHI) cuando usted lo solicite. Además, las divulgaciones deben hacerse al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos con el fin de investigar o determinar el cumplimiento de los requisitos de la Regla de Privacidad.

SIN AUTORIZACIÓN: Las leyes aplicables y los estándares éticos permiten que su proveedor divulgue información sobre usted sin su autorización solo en un número limitado de otras situaciones. Los tipos de usos y divulgaciones que se podrán realizar sin su autorización son aquellos que son:

- Requerido por la ley, como la denuncia obligatoria de abuso o negligencia infantil o abuso de personas mayores, o auditorías o investigaciones obligatorias de agencias gubernamentales.
- Requerido por orden judicial
- Necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público. Si se divulga información para prevenir o disminuir una amenaza grave, se divulgará a una persona o personas razonablemente capaces de prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza.

PERMISO VERBAL: Su proveedor puede usar o divulgar su información a miembros de su familia que estén directamente involucrados en su tratamiento con su permiso verbal.

Con autorización: Los usuarios y las divulgaciones no permitidas específicamente por la ley aplicable se realizarán únicamente con su autorización por escrito, la cual podrá ser revocada.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE PROTEGIDA (PHI)

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la Información de salud protegida (PHI) que se mantiene sobre usted. Para ejercer cualquiera de estos derechos, envíe su solicitud por escrito a su proveedor.

DERECHO DE ACCESO A INSPECCIONAR Y COPIAR: En la mayoría de los casos, tiene derecho a inspeccionar y copiar la Información de salud protegida (PHI) que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Su derecho a inspeccionar y copiar la PHI estará restringido solo en aquellas situaciones en las que exista evidencia convincente de que el acceso le causaría un daño grave. Su proveedor puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo de las copias.

DERECHO A MODIFICAR: Si cree que la Información de salud protegida (PHI) que su proveedor tiene sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que se modifique, aunque su proveedor no está obligado a aceptar la enmienda.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en el uso o divulgación de su Información de salud protegida (PHI) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Su proveedor no está obligado a aceptar su solicitud.

DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIÓN CONFIDENCIAL: Tiene derecho a solicitar que su proveedor se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado.

DERECHO A UNA COPIA DE ESTE AVISO: Puede pedirle a su proveedor una copia impresa de este aviso en cualquier tiempo .

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el gobierno federal. Presentar una queja no afectará su derecho a recibir tratamiento adicional o a tratamientos futuros. Para presentar una queja ante el Gobierno Federal, comuníquese con:

**Secretario del Departamento de Salud y
Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida Independencia, suroeste
Washington, DC 20201
(202)619-0257**

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad, que explica mis derechos y los límites sobre lo que mi proveedor puede usar o divulgar información de salud personal para brindar el servicio.

Nombre del cliente

Fecha de hoy

Firma de cliente

Fecha de hoy

Nombre y relación de la persona si no es cliente

Fecha de hoy

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Entiendo que soy elegible para recibir una variedad de servicios de mi proveedor. El tipo y alcance de los servicios que recibo se determinarán luego de una Evaluación y Evaluación de Salud Mental y una conversación exhaustiva conmigo. (Una evaluación de salud mental consiste en una evaluación inicial con un terapeuta seguida de una evaluación con un proveedor de servicios psicológicos, para una evaluación más exhaustiva). El objetivo del proceso de evaluación y evaluación de salud mental es determinar el mejor curso de tratamiento para mí. Normalmente, el tratamiento se proporciona a lo largo de varias semanas.

Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas durante el curso del tratamiento y puedo solicitar una consulta externa. (También entiendo que mi proveedor puede proporcionar información adicional sobre temas de tratamiento específicos y métodos de tratamiento según sea necesario durante el curso del tratamiento y que tengo derecho a dar consentimiento o rechazar dicho tratamiento). Puede esperar una revisión periódica del tratamiento para determinar si se están cumpliendo los objetivos del tratamiento. Acepto participar activamente en el tratamiento y en el proceso de revisión. No se han hecho promesas sobre los resultados de este tratamiento ni de ningún procedimiento utilizado en él. Además, entiendo que puedo suspender el tratamiento en cualquier momento, pero acepté discutir esta decisión primero con mi proveedor.

Soy consciente de que debo autorizar a mi proveedor, por escrito, a divulgar información sobre mi tratamiento, pero que la confidencialidad puede romperse bajo ciertas circunstancias de peligro para mí y para otros. Entiendo que una vez que la información se divulga a las compañías de seguros o a cualquier otro tercero, mi proveedor no puede garantizar que permanecerá confidencial. Cuando se brinda consentimiento para los servicios, toda la información se mantiene confidencial, excepto en las siguientes circunstancias:

- Cuando existe riesgo de peligro inminente para mí o para otra persona, mi proveedor está éticamente obligado a tomar las medidas necesarias para prevenir dicho peligro.
- Cuando existe sospecha de que un niño o un anciano está siendo abusado sexual o físicamente, o está en riesgo de sufrir dicho abuso, mi proveedor está obligado legalmente a tomar medidas para proteger al niño e informar a las autoridades correspondientes.
- Cuando se emite una orden judicial válida para registros médicos, mi proveedor está obligado por ley a cumplir con dichas solicitudes.

Si bien este resumen está diseñado para brindar una descripción general de la confidencialidad y sus límites, es importante que lea el Aviso de prácticas de privacidad que se le proporcionó para obtener explicaciones más detalladas y discutir con su proveedor cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

Con mi firma a continuación, solicito y doy mi consentimiento voluntariamente para evaluaciones, tratamientos o servicios de salud conductual y autorizo a mi proveedor a brindar la atención, el tratamiento o los servicios que se consideren necesarios y aconsejables. Entiendo que la práctica del tratamiento de salud conductual no es una ciencia exacta y reconozco que nadie ha dado garantías ni promesas sobre los resultados que puedo recibir. Al firmar este formulario de consentimiento informado para el tratamiento, reconozco que he leído y comprendo los términos y la información aquí contenidos. Se me ha ofrecido una amplia oportunidad para hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre cualquier cosa que no me quede clara.

ACUSE DE RECIBO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Nombre del cliente

Fecha de hoy

Firma de cliente

Fecha de hoy

Nombre y relación de la persona si no es cliente

Fecha de hoy

Firma de Testigo

Fecha de hoy

ACUERDO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS

Los servicios psiquiátricos son la prestación de atención médica por parte de un médico con licencia de Nevada, un doctor en medicina osteopática, un enfermero practicante registrado certificado o un asistente médico para diagnósticos de salud mental y el suministro de medicamentos para diagnósticos de salud mental. Los prescriptores psiquiátricos tienen una amplia experiencia clínica en el tratamiento de niños, adolescentes, adultos y pacientes geriátricos que utilizan medicación psicotrópica.

Los prescriptores psiquiátricos que trabajan en Legacy Counseling y Workforce Connection están acreditados por la Junta de Enfermería de Nevada como enfermeros practicantes de salud mental psiquiátrica. El proveedor ha recibido la capacitación y la experiencia necesarias para brindar una atención excelente y competente. Al revisar este documento y firmar el consentimiento informado que lo acompaña, el paciente reconoce que, para brindar la mejor atención psiquiátrica, habrá un acuerdo entre el paciente y la enfermera practicante de salud mental psiquiátrica. Al revisar y firmar el documento y el consentimiento informado que lo acompaña, el paciente acepta los siguientes términos y condiciones.

El principal objetivo del tratamiento al recibir medicamentos recetados es mejorar mi función general en la vida, que incluye la capacidad de tener y mantener relaciones interpersonales, la capacidad de trabajar y la capacidad de cuidar de mí mismo. En consideración a estos objetivos, acepto ayudarme a mí mismo siguiendo un mejor hábito de salud que incluye, entre otros, hacer ejercicio, seguir una dieta saludable y equilibrada y evitar el uso de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas. Además, esperamos que usted asuma la responsabilidad por no seguir recomendaciones, participar en el tratamiento de manera cooperativa y respetuosa, cumplir con el tratamiento según una recomendación y/o citas fallidas/faltadas. Los médicos se reservan el derecho de terminar la relación si no se cumplen las condiciones de este acuerdo.

Como paciente, soy responsable de mis medicamentos con sustancias controladas. Si el medicamento recetado se pierde, es robado o si es necesario reponerlo antes de lo recetado, entiendo que NO será reemplazado. Además, soy responsable del almacenamiento seguro de todos mis medicamentos en un lugar que sea seguro para la vida útil de los medicamentos y que esté a salvo del alcance de los niños u otras personas no autorizadas. El paciente también acepta no compartir, intercambiar ni vender medicamentos y comprender que el incumplimiento de esto resultará en el alta inmediata de esta oficina. Además, el paciente entiende que puede no estar permitido conducir un vehículo motorizado en ocasiones mientras esté tomando una sustancia controlada o cualquier medicamento que pueda causar somnolencia y es su responsabilidad cumplir con las leyes del estado y aceptó no retener la prescripción. responsable del incumplimiento del presente.

Como paciente, acepto no aceptar medicamentos de la misma clase de ningún otro médico/prescriptor mientras recibo medicamentos de esta oficina. El paciente revelará, según su leal saber y entender, todos los medicamentos que está tomando.

Los reabastecimientos de medicamentos solo se realizan en las citas programadas de administración de medicamentos. Los reabastecimientos de medicamentos no se realizan por teléfono a menos que se acuerde lo contrario con su médico. En algunos casos, las recetas pueden tardar hasta 3 días hábiles en enviarse a la farmacia. No se autorizará recargas anticipadas por motivos de vacaciones o planes personales. Se le recetan medicamentos psicotrópicos porque el proveedor médico ha evaluado que los beneficios del tratamiento superan el riesgo asociado con su uso.

Los riesgos del uso de medicamentos psicotrópicos incluyen, entre otros: efectos secundarios, efectos adversos, advertencias de recuadro negro, síntomas extrapiramidales, síndrome neuroléptico maligno y síndrome serotoninérgico. Se le proporcionará educación sobre sus medicamentos. Además, le recomendamos encarecidamente que hable con su farmacéutico sobre sus medicamentos.

Si su seguro no cubre un medicamento y se requiere autorización previa, el procesamiento puede demorar hasta 14 días o más.

**ACUSE DE RECIBO DE CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA SERVICIOS
PSIQUIÁTRICOS**

Al firmar este acuerdo, yo, como paciente, acepto cumplir con estos términos y condiciones establecidos en este acuerdo.

Nombre del cliente

Fecha de hoy

Firma de cliente

Fecha de hoy

Nombre y relación de la persona si no es cliente

Fecha de hoy

INFORME DE QUEJAS DEL CLIENTE Y FORMULARIO DE PROCEDIMIENTO

**LEGACY COUNSELING AND WORKFORCE CONNECTIONS
6600 WEST CHARLESTON BLVD SALON 111
LAS VEGAS, NV 89146**

Es política de Legacy Counseling and Workforce Connections tratar a todos los clientes con justicia y profesionalismo y esforzarse por lograr la excelencia en la prestación de servicios a los clientes. La política de Legacy Counseling and Workforce Connections permite a los clientes y sus familias o tutores legales expresar problemas o quejas relacionadas con la calidad de los servicios. Si cree que lo han tratado injustamente o de manera poco profesional, o que se han violado sus derechos, debe utilizar el siguiente procedimiento.

El Procedimiento de quejas de Legacy Counseling and Workforce Connections está diseñado para proporcionar un medio para que aquellos que solicitan servicios de Legacy Counseling and Workforce Connections y los clientes que reciben servicios puedan presentar una queja a la atención de Legacy Counseling and Workforce Connections y alcanzar una resolución rápida. Legacy Counseling and Workforce Connections tiene una política estricta que prohíbe las represalias contra cualquiera que presente una queja. Una queja es cualquier situación o condición que un cliente considera injusta, injusta o inequitativa. Además, si un cliente afirma que lo están tratando de manera injusta o poco profesional, se debe presentar una queja. Según este Procedimiento de quejas del cliente, usted debe presentar una queja en la siguiente secuencia; internamente de la siguiente manera:

- 1) Si tiene una queja, la inquietud se puede discutir con el personal de Legacy Counseling y Workforce Connections. Si decide hablar con el personal de Legacy Counseling y Workforce Connections y no se puede llegar a un acuerdo, debe continuar con el siguiente paso de este procedimiento de queja..
- 2) Puede presentar una queja sin discusión y continuar con el siguiente paso. Los formularios de quejas se pueden encontrar en lo siguiente:
 - a) El vestíbulo/recepción del sitio Legacy Counseling and Workforce Connections
 - b) Puede solicitar el formulario a cualquier personal de Legacy Counseling y Workforce Connections.
 - c) Llame al (702)763-7443 ext. 8008 para solicitar un formulario
- 3) Si el asunto no se ha resuelto satisfactoriamente, puede comentar sus inquietudes con cualquier supervisor sin temor a represalias.

Una vez notificado por escrito, Legacy Counseling y Workforce Connections iniciarán una investigación dentro de los tres (3) días hábiles y le brindarán un acuse de recibo dentro de los siete (7) días hábiles.

Legacy Counseling y Workforce Connections le informarán el resultado de la investigación de la queja dentro de los catorce (14) días hábiles posteriores a la recepción de la queja. Supongamos que dentro de los catorce (14) días no se ha podido reunir la información necesaria para llegar a una resolución; en ese caso, se le notificará y se le dará una nueva fecha, de hasta treinta (30) días, para que se tome una resolución o determinación. Si, por algún motivo, no está satisfecho con los resultados, puede comunicarse con Legacy Counseling y Workforce Connections. Un supervisor que no esté involucrado en el caso revisará el asunto y le responderá por escrito dentro de los diez (10) días hábiles.

Nivel de atención cumplirá con todas las leyes siguiendo las pautas de los Capítulos 100 y 400 de Medicaid. También puede presentar una queja con:

Agencia de Tratamiento y Prevención del Abuso de Sustancias del Estado de Nevada (SAPTA)

https://dpbh.nv.gov/Programs/ClinicalSAPTA/Home_-_SAPTA/

División de Salud Pública y del Comportamiento (DPBH)

4150 Technology Way

Carson City, NV 89706

Numero: 775-684-4200 | Fax: 775-687-7570

Correo: dpbh@health.nv.gov

Horario comercial: 8 AM to 5 PM

Departamento de Justicia de EE.

División de derechos civiles

950 Pennsylvania Avenue

Washington, DC 20530

Número de línea directa: 888-848-5306

Nombre del cliente

Fecha de hoy

Firma de cliente

Fecha de hoy

Firma de Testigo

Fecha de hoy

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PSICOTERAPIA DEL CLIENTE

Por favor proporcione la siguiente información y responda las preguntas a continuación. **Tenga en cuenta:**
La información que usted proporciona aquí está protegida como información confidencial.

****Si alguna información no se aplica a usted o si no está seguro, escriba "N/A" en el campo ****

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Pronombre preferido: _____

Residente de Nevada? Sí / No. En caso afirmativo, duración? _____

Referido a nuestra agencia? Propia / Ordenada por corte / Publicidad / Otro: _____

¿Ha recibido anteriormente algún servicio de salud mental? Sí / No

En caso afirmativo, responda lo siguiente:

Terapeuta/Practicante Anterior: _____ Cuánto tiempo: _____

¿Alguna vez han recetado medicamentos psiquiátricos? Sí / No

En case afirmativo, indique los medicamentos y proporcione las fechas de uso:

INFORMACIÓN DE SALUD FÍSICA/MENTAL

¿Cómo calificarías tu salud física actual? Pobre / Insatisfactorio / Satisfactorio / Bueno / Muy bueno

Explicación: _____

Enumere cualquier problema de salud específico que esté experimentando actualmente: _____

¿Cuántas veces por semana haces ejercicio generalmente? _____ / No hago ejercicio _____

¿En qué tipo(s) de ejercicio o actividades físicas hace?

¿Fumas cigarrillos? Sí / No. **EN CASO SÍ, POR QUÁNTO TIEMPO _____, ¿CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMAS EN DÍA? _____ SI DEJA, POR FAVOR EXPLICA: _____**

¿Como calificaría sus hábitos de sueño actuales? Muy pobre / Pobre / Bueno / Excelente

Sí siente que la cantidad o calidad de su sueño no es buena, explique brevemente por qué se siente así:

Sí corresponde, enumere cualquier dificultad que esté experimentando con su apetito o patrones de alimentación:

¿Está experimentando actualmente una tristeza, pena o depression abrumadora? Sí / No
En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Alguna vez ha pensado o intentado suicidarse? Sí / No
En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Ha experimentado recientemente o alguna vez algún ataque de ansiedad o pánico? Sí / No
En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Tiene alguna fobia (Ejemplo: miedo a las alturas)? Sí / No
En caso afirmativo, indique sus fobias:

¿Bebes alcohol más de una vez por semana? Sí / No / No bebo alcohol

En caso afirmativo, explique cuántas veces por semana consume alcohol:

¿Actualmente experimenta algún dolor crónico? Sí / No

En caso afirmativo, explique cuánto tiempo lleva sufriendo:

¿Consumes drogas recreativas? Sí / No

En caso afirmativo, indique los medicamentos utilizados y durante cuánto tiempo:

¿Estás actualmente en una relación romántica? Sí / No.

En caso afirmativo, por cuánto tiempo? _____

En una escala del 1 al 10, 1 sendo mal y no saludable, ¿cómo calificaría su relación? _____

¿Qué cambios significativos en su vida o eventos estresantes ha experimentado recientemente:

HISTORIA FAMILIAR

Proporcione los nombres y edades de su padre biológico, adoptivo o ciudador principal.

Círcule: Nacimiento / Adoptivo / Crianza / Cuidador

(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo nombre)

(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo nombre)

¿Cómo calificaría su relación con sus padres/cuidadores en una escala 1 al 10, siendo mal y no saludable?

Por favor explique:

Quién te cuidó y apoyó más cuando eras niño? _____

EN LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN, IDENTIFIQUE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES QUE CONOCA CON RESPECTO A LAS CONDICIONES ENUMERADAS. POR FAVOR INDIQUE LA RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON USTED EN EL ESPACIO PROPORCIONADO (EJ.: PADRE, ABUELA, TÍO, ETC.)

Alcoholismo - Sí / No _____

Abuso de sustancias - Sí / No _____

Drogas - Sí / No _____

Ansiedad - Sí / No _____

Depresión - Sí / No _____

Violencia doméstica - Sí / No _____

Desorden alimenticio - Sí / No _____

Obesidad - Sí / No _____

Obsesivo Compulsivo (OCD) - Sí / No _____

Esquizofrenia - Sí / No _____

Suicidio - Sí / No _____

Otro (Por favor especifique) _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cuál es su máximo nivel educativo completado? _____

Si ha completado programas universitarios o de certificación? Qué títulos o certificaciones adquirió?

¿Alguna vez ha sido condenado por un delito de violencia doméstica? Sí / No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Está trabajando actualmente? Sí / No

En caso afirmativo o no, explique:

¿Disfrutas tu trabajo? Sí / No

¿Hay algo estresante en su trabajo o negocio actual? Sí / No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Tiene alguna creencia espiritual o religiosa? Sí / No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

¿Cuáles considera que son algunas de sus fortalezas (por ejemplo: paciente)?

¿Cuáles considera que son algunas de sus debilidades (por ejemplo: impaciente)?

OBJETIVOS

Comparte cualquier objetivo personal por el que esté trabajando. Tómame un momento para pensar en al menos 3 objetivos a largo y corto plazo que te hayes fijado:

Largo plazo (3 o más años)

Corto plazo (menos de 3 años)

¿Qué le gustaría lograr durante su tiempo en terapia?

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERAL
(PHQ-9 Y GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le han molestado algun de los siguientes problemas?

Por favor circule sus respuestas.

PHQ-9	Nunca	Varios días	Más que la mitad de los días	Cerca de cada día
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperado.	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
5. Falta de appetite para comer o comer en exceso.	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o pensar que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera.	0	1	2	3
SUME LA PUNTUACIÓN DE CADA COLUMNA				

Puntuación total (agregue las puntuaciones de sus columnas): _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otra personas? **(círcule uno)**

Nada difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le han molestado algun de los siguientes problemas?

Por favor circule sus respuestas.

GAD-7	Nunca	Menos que mensual	La mitad de los días	Diario
1. Sentirse nervioso, ansioso o al borde.	0	1	2	3
2. No poder parar o controlar se.	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes.	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse.	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto.	0	1	2	3
6. Se vuelve fácilmente molesto o irritable.	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si pudiera pasar algo terrible.	0	1	2	3
SUME LA PUNTUACIÓN DE CADA COLUMNA				

Puntuación total (agregue las puntuaciones de sus columnas): _____

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le ha resultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otra personas? **(círcule uno)**

Nada difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

CUESTIONARIO DE DETECCION DE ALCOHOL (USAUDIT)

Nuestra clínica pregunta a todos los pacientes sobre el consumo de alcohol al menos una vez al año. Beber alcohol puede afectar su salud y algunos medicamentos que pueda tomar. Ayúdenos a brindarle la mejor atención médica respondiendo las preguntas a continuación.



1. ¿Con qué frecuencia tomas una copa que contiene alcohol?	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	2-3 veces a la semana	4-6 veces a semana	Diario
2. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol toma en un día normal cuando ¿estas bebiendo?	1 bebidas o Nunca	2 bebidas	3 bebidas	4 bebidas	5-6 bebidas	7-8 bebidas	10 o mas bebidas
3. ¿Con qué frecuencia tomas "X" o más bebidas en una ocasión? ("X" es 5 para todos los hombres; 4 para mujeres y hombres mayores de 65 años)	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	2-3 veces a la semana	4-6 veces a la semana	Diario
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha dado cuenta de que no pudo ¿Dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	Diario o casi diario		
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no logró hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	Diario o casi diario		
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago por la mañana para recuperarse después de una sesión de consumo excesivo de alcohol?	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	Diario o casi diario		
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	Diario o casi diario		
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no has podido recordar qué sucedió la noche anterior porque estas bebiendo?	Nunca	Menos de Mensual	Mensual	Semanal mente	Diario o casi diario		
9. ¿Usted o alguien más ha estado herido por tu bebida?	No		Sí, pero no en el último año		Si en el pasado año		
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de la salud ha estado preocupado? sobre su consumo de alcohol o le sugirió que redujera el consumo?	No		Sí, pero no en el último año		Si en el pasado año		

0 1 2 3 4 5 6

¿Algún vez ha estado en tratamiento por consume de alcohol? (**Círculo una**) Nunca Actualmente En el pasado

I II III IV

M: 0-7 8-15 16-19 20+

Or age >65: 0-6 7-15 16-19 20+

CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE DROGAS (DAST)

El uso de drogas puede afectar su salud y algunos medicamentos que pueda tomar. Ayúdenos a brindarle la mayor atención médica respondiendo las preguntas a continuación.

Marque cualquiera que corresponda a usted:

- Metanfetaminas Cocaína
 Cannabis Narcóticos
 Inhalantes Alucinógenos
 Tranquilizantes Otra _____

¿Con qué frecuencia ha usado estos medicamentos?

- Mensual o menos Semanal mente Diario o casi diario

1. ¿Ha consumido drogas distintas a las requeridas por razones médicas?	No	Sí
2. ¿Abusas más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿Siempre puedes dejar de consumir drogas cuando lo deseas?	No	Sí
4. ¿Alguna vez ha tenido desmayos o flashbacks como resultado del consumo de drogas?	No	Sí
5. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de drogas?	No	Sí
6. ¿Su cónyuge (o sus padres) alguna vez se queja de su participación en las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha descuidado a su familia debido al uso de drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (se ha sentido mal) cuando dejó de tomar drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado del uso de drogas (Ej.: pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado)?	No	Sí

¿Alguna vez te has inyectado drogas?

- Nunca Sí, en los últimos 90 días Sí, hace más de 90 días

¿Alguna vez ha estado en tratamiento por abuso de sustancia?

- Nunca Actualmente En el pasado

I II III IV
0 1-2 3-5 6+