

## INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### EXPECTATIVAS DE TELETERAPIA:

Entiendo que, en general, el objetivo de la consejería es ayudarme a aprender a sobrellevar mi dolor crónico y las exigencias de la vida de manera independiente y que, según las necesidades de la persona, la duración de la consejería varía. Soy consciente de que ciertos efectos son posibles al participar en el proceso de asesoramiento, como un aumento del estrés, malestar emocional y la interrupción de las relaciones interpersonales y familiares actuales. Tengo derecho a finalizar el asesoramiento en cualquier momento y por cualquier motivo, y entiendo que el terapeuta proporcionará referencias a otros proveedores a pedido. **Se recomienda enfáticamente que cualquier decisión de terminar el asesoramiento o cambiar a otro proveedor se discuta con el terapeuta.** Por la presente doy mi consentimiento para participar en los servicios de teleterapia. Entiendo que la teleterapia incluye consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la teleterapia también involucra la comunicación de mi información médica/mental, tanto oral como visualmente. Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la teleterapia: Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también la teleterapia, incluida, entre otras, la posibilidad de que la transmisión de mi información pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas a pesar de usar un software que cumple con hipaa. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en teleterapia pueden no ser tan completos como los servicios presenciales.

### RELACIÓN TERAPÉUTICA:

La relación entre el terapeuta y el cliente es el contenedor a través del cual puede tener lugar el cambio del cliente. Como tal, a menudo es uno en el que se desarrollan estrechos lazos emocionales. También es una relación profesional, en la que se deben mantener los límites apropiados. En su mayor parte, la relación terapéutica comienza y termina en la oficina de terapia. Aunque esto a veces es difícil de entender, es un requisito necesario para el mantenimiento del entorno terapéutico. Como tal, no se puede esperar que su terapeuta participe en una relación social o amistad de ningún tipo que exista fuera de la sala de terapia.

### ORIENTACIÓN Y CREDENCIALES DEL TERAPEUTA:

Hay muchos enfoques diferentes para el proceso terapéutico. Su terapeuta trabajará con usted para brindarle las intervenciones más adecuadas para sus problemas y objetivos particulares. Nuestros terapeutas utilizan una variedad de modalidades terapéuticas, que incluyen, entre otras, EMDR, hipnosis, ACT y CBT. Hable sobre cualquier inquietud que tenga con respecto a su tratamiento con su terapeuta en cualquier momento durante el proceso. Todos los terapeutas pasan por un riguroso proceso de selección. Nos comprometemos a seleccionar a los terapeutas más cualificados.

### RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE:

Entiendo que mi sesión de consejería está reservada exclusivamente para mí, y este Acuerdo representa un compromiso de mi parte para tomar un papel activo en mi terapia. Por lo tanto, acepto lo siguiente:

- **Citas**
  - Cada sesión de terapia tendrá una duración de **20 a 60** minutos. Se discutirán con usted diferentes tipos de citas.
- **Cuota/PagoFee**
  - El pago es debido en el momento del servicio.
  - Si no se puede realizar el pago de la cita actual, se deben hacer arreglos para que el pago se realice al final de la siguiente cita.

## INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Si el pago de la cita actual no se realiza al final del día de la siguiente cita, las sesiones pueden suspenderse hasta que se realice el pago.
- Si ha faltado más de una sesión, la terminación o suspensión de los servicios puede resultar.
- **Puntualidad**
  - Llegaré puntualmente a la hora programada.
  - En caso de que sepa que llegaré tarde a una cita, lo notificaré a los Servicios de salud conductual de APC.
  - Si llego tarde a una cita, acepto que la sesión terminará a la hora programada regularmente.
  - Si el terapeuta llega tarde, se me proporcionará la sesión completa.
- **Citas perdidas**
  - Si no puedo asistir a una cita programada, notificaré a los Servicios de salud conductual de APC con 24 horas de anticipación (512.244.4272)

**CONFIDENCIALIDAD: APC es una práctica multidisciplinaria. Los proveedores de BH tienen acceso completo a sus registros médicos y el personal médico tiene acceso completo a los registros de BH. El terapeuta seguirá todas las leyes, normas, reglamentos, pautas y códigos de ética y conducta aplicables en relación con su privacidad en relación con el terapeuta y la relación cliente/terapeuta en relación con las sesiones de asesoramiento y los registros.** Sin embargo, debe tener en cuenta que existen excepciones a su expectativa de privacidad con respecto a las sesiones de asesoramiento y los registros de esas sesiones con el terapeuta. Esas excepciones incluyen ciertas situaciones en las que el terapeuta puede verse obligado a revelar dicha información, incluidos los casos:

- Involucrar abuso o negligencia de menores o riesgo para menores
- Involucrar abuso, negligencia o exploración de personas mayores o discapacitadas
- Involucrar abuso, negligencia o conducta ilegal, poco profesional o poco ética en un centro de salud mental para pacientes internados, un centro de tratamiento de dependencia química u hospital que brinde servicios de rehabilitación médica integral
- Involucrar la exploración sexual por parte de un proveedor de servicios de salud mental o un clérigo
- Involucrar abuso o negligencia en un centro de enfermería
- Cuando el cliente representa un peligro para sí mismo o para los demás
- Involucrar ciertas auditorías de APC Behavioral Health Services o su programa
- Involucrar la conducta inapropiada de un terapeuta u otro proveedor de servicios de salud mental

Compensación de trabajadores: si hay un reclamo de compensación de trabajadores, su seguro tiene acceso a sus registros relacionados con su diagnóstico y tratamiento de la lesión relacionada con el trabajo.

Puede haber otras situaciones en las que los servicios de salud conductual o el terapeuta de APC puedan divulgar dicha información sin una orden judicial, una citación o su consentimiento. Al firmar a continuación, reconoce que comprende que su expectativa de privacidad es limitada y que las comunicaciones del cliente/terapeuta y los registros del terapeuta pueden divulgarse a terceros. También acepta que la información relacionada con la facturación se puede compartir con un tercero (como los administradores de facturación de seguros y los cobradores de facturas) y que su caso se puede analizar con un supervisor del programa o un equipo de tratamiento, incluido el médico que lo remitió o lo trató. Los Servicios de salud conductual de APC utilizan un enfoque de equipo para la terapia y la información se comparte entre el terapeuta del personal y el supervisor, según corresponda, para garantizar la calidad profesional. Sin embargo, los estándares de confidencialidad son observados por todo el personal de los Servicios de Salud del Comportamiento de APC.



## INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### PROCEDIMIENTOS FUERA DE HORAS

Si necesita comunicarse con su terapeuta fuera de la sesión de terapia, puede hacerlo dejándole un mensaje a través del número principal de APC. Al 512.244.4272. SI ESTÁ EN UNA CRISIS, LLAME A LA LÍNEA DIRECTA LAS 24 HORAS AL 512.472.HELP o al 911. No somos un centro de crisis.

### PROCEDIMIENTO DE QUEJAS O QUEJAS CONTRA UN TERAPEUTA:

El terapeuta brindará servicios de manera profesional de conformidad con todas las leyes, normas, reglamentos, pautas y códigos de ética y conducta aplicables relacionados con el terapeuta y la relación cliente/terapeuta. Cualquier insatisfacción con los servicios u otra queja debe discutirse con el terapeuta o el supervisor del terapeuta. Si no cree que su queja se manejó de manera satisfactoria, comuníquese con:

Texas State Board of Examiners of Professional Counselors  
1100 West 49<sup>th</sup> Street  
Austin, Texas 78756-3183  
(512) 834-6658

Texas State Board of Social Worker Examiner  
1100 West 49<sup>th</sup> Street  
Austin, Texas 78756-3183  
(512) 719-3521

La relación entre el terapeuta y el cliente se considera profesional. El código de ética profesional del terapeuta prohíbe cualquier otra relación entre el terapeuta y el cliente, incluida cualquier actividad que no sea de asesoramiento iniciada por el terapeuta o el cliente con el fin de establecer una relación no terapéutica, como el contacto social.

### CONVENIO:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con todo lo contenido en este Acuerdo, y autorizo el pago a los Servicios de salud conductual de APC. También autorizo a los Servicios de salud conductual de APC a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos de seguro u otra facturación a sus agentes.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha





## CUESTIONARIO DE SALUD PACIENTE – 9(PHQ-9)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**

*(Utilice "v" para indicar su respuesta)*

	Para nada	Varios días	Más que la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés de placer en hacer cosas.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Falta de apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O al contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto o lastimarse de alguna manera	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

PARA CODIFICACIÓN DE OFICINA \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Puntaje total: \_\_\_\_\_

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado llegar al trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## GAD 7

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**  
*(Utilice "v" para indicar su respuesta)*

	Para nada	Varios días	Más que la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al borde.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. No poder dejar de controlar la preocupación	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Problemas para relajarse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Volverse fácilmente molesto/a o irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

PARA CODIFICACIÓN DE OFICINA \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

=Puntaje total: \_\_\_\_\_

Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado llegar al trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

Nada difícil	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Medida de síntomas transversales de nivel 1 autocalificada del DSM-5 — Adultos

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino **Date:** \_\_\_\_\_

*Si este cuestionario lo completa un informante, ¿cuál es su relación con el individuo?* \_\_\_\_\_

**En una semana típica, aproximadamente cuánto tiempo pasa con el individuo?** \_\_\_\_\_ **horas/semana**

**Instrucciones:** Las preguntas a continuación se refieren a cosas que podrían haberle molestado. Para cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describa cuánto (o con qué frecuencia) le ha molestado cada problema durante las últimas **DOS (2) SEMANAS**.

	Durante las últimas <b>DOS (2) SEMANAS</b> , ¿cuánto (o con qué frecuencia) le han molestado los siguientes problemas?	Ning. Para nada	Ligero Raro, menos de un día o dos	Leve Varios días	Moderado Más de la mitad de días	Grave Casi todos día	Puntaje de dominio más alto (médico)
I.	1. ¿Poco interés o placer en hacer cosas?	0	1	2	3	4	
	2. ¿Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza?	0	1	2	3	4	
II.	3. ¿Sentirse más irritado/a, malhumorado/a o enojado/a de lo habitual?	0	1	2	3	4	
III.	4. ¿Duerme menos de lo habitual, pero aún tiene mucha energía?	0	1	2	3	4	
	5. ¿Iniciar muchos más proyectos de lo habitual o hacer cosas más arriesgadas de lo habitual?	0	1	2	3	4	
IV.	6. ¿Sentirse nervioso/a, ansioso/a, asustado/a, preocupado/a o al borde.?	0	1	2	3	4	
	7. ¿Sentirse en pánico o estar asustado/a?	0	1	2	3	4	
	8. ¿Evitar situaciones que te pongan ansioso/a?	0	1	2	3	4	
V.	9. ¿Dolores y molestias inexplicables (por ejemplo, cabeza, espalda, articulaciones, abdomen, piernas)?	0	1	2	3	4	
	10. ¿Siente que sus enfermedades no se toman lo suficientemente en serio?	0	1	2	3	4	
VI.	11. ¿Pensamientos de lastimarte a ti mismo?	0	1	2	3	4	
VII.	12. ¿Escuchar cosas que otras personas no pueden escuchar, como voces, incluso cuando no hay nadie cerca?	0	1	2	3	4	
	13. ¿Sentir que alguien puede escuchar tus pensamientos o que puedes escuchar lo que piensa otra persona?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. ¿Problemas con el sueño que afectaron la calidad de su sueño en general?	0	1	2	3	4	
IX.	15. ¿Problemas con la memoria (por ejemplo, aprender nueva información) o con la ubicación (por ejemplo, encontrar el camino a casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16. ¿Pensamientos, impulsos o imágenes desagradables que entran repetidamente en su mente?	0	1	2	3	4	
	17. ¿Se siente impulsado a realizar ciertos comportamientos o actos mentales una y otra vez?	0	1	2	3	4	
XI.	18. ¿Sentirse desapegado o distante de usted mismo, su cuerpo, su entorno físico o sus recuerdos?	0	1	2	3	4	
XII.	19. ¿Sin saber quién eres realmente o qué quieres de la vida.?	0	1	2	3	4	
	20. ¿No sentirse cerca de otras personas o disfrutar de sus relaciones con ellas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21. ¿Beber al menos 4 bebidas de cualquier tipo de alcohol en un solo día?	0	1	2	3	4	
	22. ¿Fumar cigarrillos, puros o pipas, o usar rapé o mascar tabaco?	0	1	2	3	4	
	23. ¿ Usar cualquiera de los siguientes medicamentos POR SU CUENTA, es decir, sin receta médica, en cantidades mayores o durante más tiempo de lo recetado [por ejemplo, analgésicos (como Vicodin), estimulantes (como Ritalin o Adderall), sedantes o tranquilizantes (como pastillas para dormir Valium), o drogas como marihuana, cocaína o crack, drogas de club (como éxtasis), alucinógenos (como LSD), heroína, inhalantes o disolventes (como pegamento) o metanfetamina (como speed)]?	0	1	2	3	4	