

## SALUD CONDUCTUAL INGESTA DE NUEVOS PACIENTES

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Tómese unos minutos para completar esta admisión médica para facilitar su cita de hoy

¿Fue referido nuestra oficina?  Sí |  No **En caso afirmativo, ¿por quién?** \_\_\_\_\_

¿Tratamiento ambulatorio?  Sí |  No

En caso afirmativo , sírvase describir:

<u>Quando</u>	<u>¿Por quién?</u>	<u>Naturaleza del tratamiento</u>

¿Hospitalización psiquiátrica?  Sí |  No

En caso afirmativo , sírvase describir:

<u>Quando</u>	<u>¿Dónde?</u>	<u>Razón</u>

¿Medicamentos psiquiátricos pasados?  Sí |  No

En caso afirmativo , sírvase describir:

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Con qué frecuencia lo tomas?</u>	<u>¿Para qué sirve?</u>	<u>¿Quién lo prescribe?</u>

¿Está viendo actualmente a un proveedor de salud mental?  Sí |  No

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Qué te lleva a la consejería en este momento? ¿Hay algo específico, como un evento en particular?

Sea lo más detallado que pueda. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Estás teniendo algún pensamiento de lastimarte a ti mismo?  Sí |  No

## SALUD CONDUCTUAL INGESTA DE NUEVOS PACIENTES

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Lista de verificación de síntomas:

	S	N		S	N
Estado de ánimo deprimido			Cambio en el apetito		
Pensamientos acelerados			Energía excesiva		
Preocupación excesiva			Culpa excesiva		
No puede disfrutar de las actividades			Aumento de la irritabilidad		
Impulsividad			Fatiga		
Ataques de ansiedad			Hechizos de llanto		
Trastorno del patrón de sueño			Disminución de la libido		
Aumentar el comportamiento de riesgo					
Evitación					
Pérdida de interés					
Aumento de la libido					
Alucinaciones					
Concentración / Olvido					
Disminuir la necesidad de dormir					
Sospecha					

¿Ha recibido tratamiento para la depresión, la ansiedad, la enfermedad bipolar o el TDA?  Sí |  No

¿Tiene algún historial de abuso de sustancias como alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, heroína, medicamentos para el dolor u otros?  Sí |  No

¿Consumes sustancias ilícitas?  Sí |  No

¿Tienes problemas con el juego?  Sí |  No

¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios?  Sí |  No

¿Alguna vez ha sido arrestado por DWI, intoxicación pública o posesión de sustancias controladas?  Sí |  No

¿Tiene antecedentes familiares de abuso de sustancias o enfermedad psiquiátrica?  Sí |  No

¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a los analgésicos opioides, incluida la sobredosis, la tolerancia o la abstinencia?  Sí |  No

Farmacia preferida:  Advanced Rx  Otro: \_\_\_\_\_

**\*\*Recogida avanzada de Rx o correo al día siguiente disponible (envío y manipulación incluidos).\*\***

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_\_ Iniciales del proveedor: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA LOS SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

### EXPECTATIVAS DE TELETERAPIA:

Entiendo que, en general, el objetivo de la consejería es ayudarme a aprender a lidiar de forma independiente con mi dolor crónico y las demandas de la vida y que, dependiendo de las necesidades del individuo, la duración de la consejería varía. Soy consciente de que ciertos efectos son posibles cuando se participa en el proceso de asesoramiento, como el aumento del estrés, la incomodidad emocional y la interrupción de las relaciones interpersonales y familiares actuales. Tengo el derecho de terminar la consejería en cualquier momento y por cualquier motivo, y entiendo que las referencias a otros proveedores serán proporcionadas por el terapeuta a pedido. **Se recomienda encarecidamente que cualquier decisión de terminar el consejo de cambiar a otro proveedor se discuta con el terapeuta.** Por la presente doy mi consentimiento para participar en servicios de teleterapia. Entiendo que la teleterapia incluye consultas, tratamientos, transferencia de datos médicos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y educación utilizando comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la teleterapia también implica la comunicación de mi información médica / mental, tanto oral como visualmente. Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la tele-therapy: Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también la teleterapia, incluyendo, pero no limitado a, la posibilidad, de que la transmisión de mi información podría ser 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 personas a pesar de usar software que es compatible con hipaa. Además, entiendo que los servicios y la atención de la teleterapia pueden no ser tan completos como los servicios presenciales.

### RELACIÓN TERAPÉUTICA:

La relación entre terapeuta y cliente es el contenedor a través del cual el cambio de cliente puede tener lugar. Como tal, a menudo es uno en el que se desarrollan estrechos vínculos emocionales. También es una relación profesional, en la que se deben mantener 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 esté involucrado en una relación social o amistad de ningún tipo que exista fuera de la sala de terapia.

### ORIENTACIÓN DEL TERAPEUTA Y RECOMENDACIONES:

Hay muchos enfoques diferentes para el proceso terapéutico. Su terapeuta trabajará con usted para proporcionarle las intervenciones más apropiadas para su (s) problema(s) y objetivos particulares. Nuestros terapeutas utilizan una variedad de modificaciones terapéuticas, que incluyen, entre otras, EMDR, hipnosis, ACT y TCC. Por favor, discuta 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. Estamos comprometidos con la selección de los terapeutas más calificados.

### 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, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- **Citas** o Cada sesión de terapia tendrá una duración de **20-60** minutos. Se discutirán diferentes tipos de citas con usted.
- **Tarifa / Pago** o El pago se demanda en el momento del servicio o Si no se puede realizar el pago de la pomada de la aplicación actual, se deben hacer arreglos para que el pago se realice al final de la siguiente cita.
  - Si el pago de la cita actual no se realiza al final del día de la cita siguiente, las sesiones pueden suspenderse hasta que se realice el pago.
  - Si más de una sesión ha estado sin, terminación o suspensión si los servicios pueden resultar.



## REGISTRACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA LOS SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

- **Puntualidad** o Llegaré puntualmente a la hora programada. En caso de que sepa que llegaré tarde a una cita, notificaré a los Servicios de Salud conductual de APC. o Si llego tarde a una cita, estoy de acuerdo en que la sesión terminará a la hora programada regularmente.  
o Si el terapeuta llega tarde, se me proporcionará la sesión completa.
- **Citas perdidas** o 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, reglas, regulaciones, pautas y códigos de ética y conducta aplicables con respecto a suprivacidad 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 hay 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 estar obligado a divulgar dicha información, incluidos los casos:

- Que implique 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 hospitalizados, un centro de tratamiento de dependencia química u hospital que brinde servicios integrales de rehabilitación médica • Involucrar la exploración sexual por parte del proveedor de servicios de salud mental o la persona del clero
- Involucrar abuso o negligencia en un centro de enfermería
- Cuando el cliente presenta un peligro para sí mismo o para los demás
- Involucrar ciertas auditorías de APC Behavioral Health Services o su programa
- Involucrar la conducta inadecuada de un terapeuta u otro proveedor de servicios de salud mental

Compensación al trabajador: si hay un reclamo de compensación por parte del trabajador, 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, citación o su consentimiento. Al firmar a continuación, usted 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 puede discutirse con un supervisor del programa o un equipo de tratamientos, incluido el físico que remite y / o trata. 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 Behavioral de APC.

### PROCEDIMIENTOS FUERA DE HORARIO

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



## DECLARACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA LOS SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

El terapeuta proporcionará servicios de manera profesional de acuerdo con todas las leyes, reglas, regulaciones, pautas y códigos de ética y conducta aplicables con respecto al 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, su queja fue manejada de manera satisfactoria, comuníquese con:

Junta de Examinadores de Consejeros Profesionales del Estado de Texas  
1100 West 49<sup>th</sup> Street  
Austin, Texas 78756-3183  
(512) 834-6658

Examinador de la Junta Estatal de Trabajadores Sociales de Texas  
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 no relacionada con el asesoramiento iniciada por el terapeuta o el cliente con el fin de establecer una relación no terapéutica, como el contacto social.

### ACUERDO:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entendido y acepto todo 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.

\_\_\_\_\_  
Cliente Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cliente nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha