ADVANCED PAIN CARE

INFORMACIÓN, CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

EXPECTATIVAS DE TELETERAPIA:

Entiendo que, en general, el objetivo de la terapia es ayudarme a aprender a sobrellevar de forma independiente mi dolor crónico y las exigencias de la vida, y que, dependiendo de las necesidades individuales, la duración de la terapia varía. Soy consciente de que ciertos efectos son posibles al participar en el proceso de asesoramiento, como un aumento del estrés, la incomodidad emocional y la interrupción de las relaciones interpersonales y familiares actuales. Tengo derecho a terminar la terapia en cualquier momento y por cualquier motivo y entiendo que el terapeuta me hará derivaciones a otros profesionales si lo solicito. **Se recomienda encarecidamente que cualquier decisión de terminar la terapia o de cambiar a otro proveedor se comunique con el terapeuta.** Por la presente consiento participar en 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, vídeo 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 respecto a la teleterapia: Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también protegen la teleterapia, incluyendo, pero no limitándose a, la posibilidad de que la transmisión de mi información pueda verse interrumpida o distorsionada por fallos técnicos; 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 software que cumple con HIPAA. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en teleterapia pueden no ser tan completos como los presenciales.

RELACIÓN TERAPÉUTICA:

La relación entre terapeuta y cliente es el recipiente a través del cual puede producirse el cambio del cliente. Por ello, suele ser una víncula en la que se desarrollan lazos emocionales estrechos. También es una relación profesional, en la que deben mantenerse los límites adecuados. En su mayor parte, la relación terapéutica comienza y termina en la consulta de terapia. Aunque a veces es difícil de entender, es un requisito necesario para el mantenimiento del entorno terapéutico. Por tanto, no se puede esperar que tu terapeuta esté involucrado en una relación social o amistad de ningún tipo que exista fuera de la sala de terapia.

ORIENTACIÓN Y CREDENCIALES DEL TERAPEUTA:

Existen muchos enfoques diferentes para el proceso terapéutico. Tu terapeuta trabajará contigo para proporcionarte las intervenciones más adecuadas para tu(s) problema(s) y objetivos. Nuestros terapeutas utilizan una variedad de modalidades terapéuticas, incluyendo, pero sin excluir, EMDR, hipnosis, ACT y TCC. Por favor, comenta cualquier duda que tengas sobre tu tratamiento con tu terapeuta en cualquier momento durante el proceso. Todos los terapeutas pasan por un riguroso proceso de selección. Estamos comprometidos a seleccionar a los terapeutas más cualificados.

RESPONSABILIDAD DEL CLIENTE:

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

- **Nombramientos**
  - Cada sesión de terapia tendrá **una duración de 20 a 60** minutos. Se discutirán con usted los diferentes tipos de cita.
- **Tarifa/Pago**
  - El pago se debe en el momento de la notificación
  - Si no se puede realizar el pago por el nombramiento actual, deben organizarse los arreglos para que el pago se realice antes de que termine el nombramiento siguiente.
  - Si no se realiza el pago por la cita actual antes de que termine el día de la siguiente cita, las sesiones pueden suspenderse hasta que se realice el pago.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

- Si más de una sesión no ha sido remunerada, puede resultar la terminación o suspensión de los servicios.

- **Puntualidad**
  - Llegaré puntualmente a la hora prevista.
  - En caso de que sepa que voy a llegar tarde a una cita, notificaré a los Servicios de Salud Conductual de APC.
  - Si llego tarde a una cita, acepto que la sesión termine a la hora habitual.
  - Si el terapeuta llega tarde, me asignarán la sesión completa.
- **Citas perdidas**
  - Si no puedo cumplir con una cita programada, notificaré a los Servicios de Salud Conductual de APC **con 24 horas** de antelación (512.244.4272)

CONFIDENCIALIDAD: El APC es una práctica multidisciplinar. Los proveedores de salud de salud tienen acceso completo a tus historiales médicos y el personal médico tiene acceso total a los historiales de salud de salud (BH). Sin embargo, si tienes antecedentes de trastorno por abuso de sustancias, esa información no se incluirá en tus historiales médicos sin consentimiento adicional. El terapeuta seguirá todas las leyes, normas, regulaciones, directrices y códigos de ética aplicables en relación con tu privacidad y la relación cliente/terapeuta en relación con las sesiones y los registros de asesoramiento. Sin embargo, debes tener en cuenta que existen excepciones a tu expectativa de privacidad 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 revelar dicha información, incluyendo casos:

- Que implica abuso o negligencia de menores o riesgo para menores
- Que implica abuso, negligencia o explotación de personas mayores o con discapacidad
- Que implique abuso, negligencia o conductas ilegales, poco profesionales o poco éticas en un centro de salud mental hospitalizado, un centro de tratamiento de dependencia química o un hospital que ofrece servicios integrales de rehabilitación médica
- Que involucra explotación sexual por parte de proveedores de servicios de salud mental o personas del clero
- Implicar abuso o negligencia en un centro de enfermería
- Cuando el cliente representa un peligro para sí mismo o para otros
- Relacionadas con ciertas auditorías de los Servicios de Salud Conductual de APC o de su programa
- Implicar la conducta inapropiada de un terapeuta u otro proveedor de servicios de salud mental

Compensación laboral – Si hay una reclamación de compensación laboral, tu seguro tiene acceso a tus registros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la lesión laboral.

Puede haber otras situaciones en las que los Servicios de Salud Conductual o el terapeuta de APC puedan revelar dicha información sin una orden judicial, una citación judicial o tu consentimiento. Al firmar a continuación, reconoces que entiendes que tu expectativa de privacidad es limitada y que las comunicaciones entre clientes/terapeutas y los registros del terapeuta pueden ser divulgados a terceros. También aceptas que la información sobre facturación pueda compartirse con un tercero (como administradores de facturación de seguros y cobradores) y que tu caso pueda ser discutido con un supervisor de programa o un equipo de tratamiento, incluido el médico que lo remite y/o el tratante. Los Servicios de Salud Conductual de Advanced Pain Care utilizan un enfoque de equipo en la terapia y la información se comparte entre el terapeuta del personal y el supervisor según corresponda para garantizar la calidad profesional. Sin embargo, todo el personal de los Servicios de Salud Conductual del APC respeta los estándares de confidencialidad.

ADVANCED PAIN CARE

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

PROCEDIMIENTOS FUERA DE HORARIO

Si necesitas contactar con tu terapeuta fuera de la sesión, puedes hacerlo dejándole un mensaje a través del número principal de Advanced Pain Care en 512-244-4272 (ubicaciones de Austin), 806-350-7918 (ubicaciones de Amarillo) o 254) 741-6641 (ubicaciones de Waco/Killeen). SI ESTÁS EN CRISIS, POR FAVOR LLAMA A LA LÍNEA DE AYUDA 24 HORAS AL 512.472.HELP o al 911. Si estás fuera del área del condado de Travis, también puedes llamar al 988 (Línea Nacional de Prevención del Suicidio) o contactar con la Línea de Crisis enviando un mensaje de texto HOME a 741741. No somos una instalación de crisis.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN O QUEJAS CONTRA UN TERAPEUTA:

El terapeuta prestará servicios de manera profesional, conforme a todas las leyes, normas, regulaciones, directrices y códigos de ética y conducta aplicables respecto al terapeuta y la relación cliente/terapeuta. Cualquier insatisfacción con los servicios u otra queja debe discutirse con el terapeuta o con el supervisor del terapeuta. Si no cree que su queja fue gestionada de manera satisfactoria, por favor contacte con:

Consejo Ejecutivo de Salud Conductual de Texas (BHEC)
Atención: División de Cumplimiento
1801 Congress Ave. Ste 7.300
Austin, Texas 78701
Enforcement@bhec.texas.gov

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, incluyendo cualquier actividad no relacionada con el asesoramiento iniciada por el terapeuta o el cliente con el propósito de establecer una relación no terapéutica, como el contacto social.

AVISO DE DOCUMENTACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA): Nuestra consulta utiliza tecnología de inteligencia artificial (IA) dentro de nuestro sistema de historias clínicas electrónicas (EHR) para ayudar con la documentación administrativa y clínica, incluyendo el dictado y la transcripción de las visitas a consulta.

ACUERDO:

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entendido y acepto todo lo que se dice 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 facilitar cualquier información necesaria para tramitar mis reclamaciones de seguro u otras facturaciones a sus agentes.

_____ _____

Firma del cliente Fecha

_____ _____

Nombre del cliente Fecha

ADVANCED PAIN CARE

CUESTIONARIO DE SALUD PACIENTE – 9(PHQ-9)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha:** _____

Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
(Utilice "V" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios dias	Más que la mitad de los dias	Casi todos los dias
1. Poco interés de placer en hacer cosas.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
3. Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
5. Falta de apetito o comer en exceso	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
6. Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo oa su familia	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto o lastimarse de alguna manera	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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 dificil	Algo dificil	Muy dificil	Extremadamente difícil
☐	☐	☐	☐

Desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una subvención educativa de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, exhibir o distribuir.

ADVANCED PAIN CARE

GAD 7

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Fecha:** _____

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

	Para nada	Varios dias	Más que la mitad de los dias	Casi todos los dias
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o al borde.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
2. No poder dejar de controlar la preocupación	☐ 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. Volverse fácilmente molesto/a o irritable	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 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 dificil	Algo dificil	Muy dificil	Extremadamente difícil
☐	☐	☐	☐

Desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una subvención educativa de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, exhibir o distribuir.

ADVANCED PAIN CARE

Escala de Catastrofismo del Dolor

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Todo el mundo experimenta situaciones dolorosas en algún momento de sus vidas. Tales experiencias pueden incluir dolores de cabeza, dolor de dientes, dolor articular o muscular. Las personas a menudo están expuestas a situaciones que pueden causar dolor, como enfermedades, lesiones, procedimientos dentales o cirugía.

Instrucciones:

Estamos interesados en los tipos de pensamientos y sentimientos que tiene cuando tiene dolor. A continuación se enumeran trece declaraciones que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados con el dolor. Usando la siguiente escala, indique el grado en que tiene estos pensamientos y sentimientos cuando experimenta dolor.

Cuando tengo dolor...

(Use "" ✔para indicar su respuesta)	**De nada**	**En un grado leve**	**En un grado moderado**	**En gran medida**	**Todo el rato**
1. Me preocupa todo el tiempo si el dolor terminará.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Siento que no puedo continuar.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
3. Es terrible y creo que nunca va a mejorar	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. Es horrible y siento que me abruma.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5. Siento que no puedo soportarlo más.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
6. Tuve miedo de que el dolor empeorara	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
7. Sigo pensando en los otros eventos dolorosos.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. Ansiosamente quiero que el dolor desaparezca.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9. Parece que no puedo mantenerlo fuera de mi mente.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. Sigo pensando en lo mucho que duele	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. Sigo pensando en lo mucho que deseo que cese el dolor.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12. No hay nada que pueda hacer para reducir la intensidad del dolor.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. Me pregunto si puede suceder algo grave.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4

Copyright 1995 Michael J.L. Sullivan. Reproducido con autorización. Fuente: Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. La escala catastrofizante del dolor: desarrollo y validación. Evaluación psicológica, 1995, 7:524-532