



Información del paciente:

Apellido: _____

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

NSS#: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

(si el paciente es un menor de edad

la información abajo será la de los cuidadores)

Contacto de emergencia:

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Raza:

Nativo Americano:

Asiático:

Afroamericano / Negro:

Hawaiano:

Islaño Pacífico:

Caucásico:

Otro: _____

¿Hispano o latino?

Sí: No:

Estado civil:

Soltero/Seperado/Divorciado:

Casado/Pareja:

Prefiero no decir:

¿Cómo escuchó de nuestra clinica?

Yo/Familiar/Amigo:

Sala de Emergencia:

Internet: Corte:

Behavioral Medicine:

Switchpoint: LDS:

Family Healthcare:

Otro: _____

Fecha de hoy: _____/_____/_____

Número de teléfono: _____

Número celular: _____

Permiso enviar textos: _____

Sí:

No:

Corréo electrónico: _____

Género: Hombre:

Mujer:

Permiso dejar un mensaje de voz:

Sí:

No:

Permiso a discutir información médica con familia

Sí:

No:

En caso afirmativo, ¿con quiénes?

Número de personas en casa: 1 2 3 4 5 6 7

Ingresos Mensuales Del Hogar: \$ _____ .00

¿Ciudadano de EEUU?

Sí:

No:

¿Discapitado?

Sí:

No:

¿Nivel de educación?

Incompleto:

Graduado de escuela secundaria:

Graduado de la universidad:

Forma de empleo:

Tiempo Parcial:

Tiempo Completo:

Jubilado:

Desempleado:

¿Sin hogar establecido?

Sí:

No:

¿Tiene aseguranza?

Sí:

No:

Nombre de aseguranza: _____

¿Veterano del militar?

Sí:

No:

The Doctors' Volunteer Clinic Patient Consent Form

Formulario de Conesentimiento

Los proveedores de atención médica en la clínica de Doctors Volunteer clinic no recibira ninguna compensación o remuneración por proporcionar servicios y están ofreciendo su tiempo como voluntarios. Por lo tanto, de conformidad con la Ley de negligencia médica, Sección 58-133, la Doctors Volunteer Clinic no es responsable de ningún daño civil por actos u omisiones, except por aqueelos actos u omisiones que sean intencionales y sin sentido.

He leído y entendido lo anterior y doy mi consentimiento para el tratamiento y mi consentimiento para renunciar a cualquier derecho a demandar por negligencia profesional, excepto por los actos u omisiones que sean gravemente negligentes, o intencionales y sin sentido.

Firma:

Fecha:

Declaración de Elegibilidad para el Comprobante de Servicios de Diagnóstico

Este formulario sirve como documentación para la clinica de Doctors Volunteer Clinic y la Intermountain Healthcare para determinar mi elegibilidad para un comprobante de servicios de diagnóstico que se utilizará en la Intermountain Healthcare. Entiendo que si no soy elegible para el cupón, tendré que pagar el costo total de los servicios de diagnóstico en la Intermountain Healthcare. Entiendo que si necesito ayuda para pagar mis facturas, puedo reunirme con un consejero de elegibilidad de la Intermountain Healthcare.

Y por el presente declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Entiendo que si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios de Intermountain Healthcare.

Firma:

Fecha:

Consentimiento informado del cliente de salud mental

Lea atentamente esta hoja y firme el acuerdo a continuación.

Horario de atención: El horario de atención de la clínica es de lunes a jueves de 9:00 a 4:00 y los viernes de 9:00 a 2:00. Cada sesión de asesoramiento es solo con cita previa y generalmente dura 50 minutos. En el caso de que experimente una emergencia que ponga en peligro su vida y no pueda comunicarse con su consejero, comuníquese con el sistema médico de emergencia marcando el 911 o vaya al Departamento de Emergencias.

Citas en caso de crisis: La Clínica ofrece una cita abierta todos los días a las 12:00 p. M. Para las personas que tienen síntomas graves o que tienen tendencias suicidas. Si siente que tiene una emergencia o no puede esperar hasta su próxima cita, no dude en acudir sin cita previa o comunicarse con la clínica para programar una cita de emergencia.

Pagos y tarifas: Se solicita una donación de \$ 10.00 para servicios de asesoramiento y administración de medicamentos. Si el cliente no puede pagar esto en el momento de la visita, se puede pagar en una fecha posterior o, en algunos casos, se puede renunciar a la tarifa. Aceptaremos cualquier cantidad que el cliente pueda pagar. Los clientes también deben cumplir con las pautas de ingresos requeridas que se muestran y no tener seguro médico.

Política de cancelación: se reserva una hora para las citas de consejería. Si el cliente no puede asistir a la cita, se debe avisar con 24 horas de anticipación. Las cancelaciones sin previo aviso se considerarán una no presentación. Si la cita es recurrente y no se presenta, todas las citas restantes se cancelarán si no se puede establecer contacto. Se debe obtener permiso del consejero para reprogramar nuevas citas después de 2 ausencias.

Seguro: No facturamos al seguro médico y, en la mayoría de los casos, no aceptamos clientes que tengan seguro médico o Medicaid. Analice las excepciones con el gerente de la oficina.

Consejeros en formación: La Clínica de Voluntarios de Médicos trabaja con colegios y universidades que forman a consejeros y enfermeras practicantes para proporcionar servicios de salud mental; por lo tanto, el consejero asignado a usted puede ser un estudiante en prácticas o asociado que está en el proceso de completar el trabajo del curso y cumplir con los requisitos de licencia estatales y nacionales. Todos los estudiantes internos y asociados son supervisados de acuerdo con la ley del estado de Utah por un profesional de salud mental con licencia para garantizar un servicio de calidad. No dude en preguntarle a su consejero sobre su capacitación y experiencia. Dirija cualquier inquietud sobre su consejero al gerente de la oficina.

Confidencialidad: Todas las comunicaciones entre el cliente y el terapeuta se mantendrán de forma confidencial y no se revelarán a menos que usted lo autorice y / o lo exija la ley, como situaciones de abuso infantil o amenazas de daño físico a sí mismo o a otros. Nos reservamos el derecho de discutir la información relacionada con su asesoramiento / terapia con colegas clínicos y / o supervisores clínicos en relación con la revisión del caso.

Cuestionario de medición de resultados: cada vez que visite a su consejero, se le indicará que responda un cuestionario llamado OQ45. Este cuestionario está diseñado para ayudar a su consejero a comprender lo que ha estado experimentando entre sesiones y si está respondiendo o no al tratamiento.

Informes de viabilidad, trámites de SSI / SSDI y Medicaid, evaluaciones de salud mental: No completamos los trámites de SSI / SSDI o de discapacidad de Medicaid con respecto al estado mental. Sin embargo, un proveedor con licencia puede completar el informe de viabilidad a corto plazo. Para aquellos que soliciten una discapacidad o Medicaid, con gusto les enviaremos por fax los registros que generemos mientras trabajamos con usted con su consentimiento por escrito.

De conformidad con la sección 58-13-3 de la Ley de Negligencia y Atención Médica de Utah y la Ley de Inmunidad de Responsabilidad para Proveedores de Atención Médica, a cambio de atención médica no compensada, doy mi consentimiento para el tratamiento y renuncio a mi derecho a demandar por negligencia profesional, excepto por actos o omisiones que sean negligentes o intencionales y lascivas.

He leído y acepto las políticas enumeradas anteriormente.

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

fecha de nacimiento

firma del cliente

fecha

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Fecha: _____



**DOCTORS'
VOLUNTEER
CLINIC**

1036 E. Riverside Dr. St. George, UT 84790
Phone: 435.656.0022 Fax: 435.634.8166
volunteerclinic.org

FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

Proporcione la siguiente información para nuestros registros. Deje en blanco cualquier pregunta que prefiera no responder o que prefiera discutir con su terapeuta. La información que proporcione aquí se mantiene con los mismos estándares de confidencialidad que nuestra terapia.

PROBLEMA DE PRESENTACIÓN

¿Puede describir qué le trae hoy?

¿Cuánto tiempo ha estado experimentando este problema? Menos de 30 días 1-6 meses 1-5 años 5+ años

Califique la intensidad del problema de 1 a 5 (1 es leve y 5 es grave): 1 2 3 4 5

¿El problema está interfiriendo con su funcionamiento diario?

no

sí, describa: _____

¿Actualmente o ha experimentado en los últimos 30 días alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Desesperado / | <input type="checkbox"/> Dormir demasiado | <input type="checkbox"/> Fatiga / Sin energía | <input type="checkbox"/> Mala memoria |
| <input type="checkbox"/> Sin motivación | <input type="checkbox"/> Desamparado | <input type="checkbox"/> Pensamientos de morir | <input type="checkbox"/> Culpabilidad | <input type="checkbox"/> Sentirse inútil |
| <input type="checkbox"/> Sin hambre | <input type="checkbox"/> Falta de interés | <input type="checkbox"/> Irritable / Enojado | <input type="checkbox"/> No puedo dormir | <input type="checkbox"/> Demasiada energía |
| <input type="checkbox"/> No es necesario dormir | <input type="checkbox"/> Prefiero estar solo | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Tener poderes especiales | <input type="checkbox"/> Inquieto / No puedo quedarme quieto |
| <input type="checkbox"/> Sospechoso | <input type="checkbox"/> Habla demasiado rápido | <input type="checkbox"/> Ver cosas | <input type="checkbox"/> Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Gente mirándome |
| <input type="checkbox"/> La gente quiere atraparme | <input type="checkbox"/> Escuchar cosas | <input type="checkbox"/> Temeroso | | <input type="checkbox"/> No puede estar en multitudes |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente sorprendido | <input type="checkbox"/> Sentirse nervioso | <input type="checkbox"/> Pesadillas recurrentes | | |
| | <input type="checkbox"/> Evitación | | | |

¿Cómo podemos ayudarlo mejor hoy? _____

HISTORIAL DE TRATAMIENTO

¿Ha tenido psicoterapia previa? Sí no

En caso afirmativo, enumere: _____

¿Está tomando actualmente medicamentos psiquiátricos recetados (antidepresivos u otros)? si no

En caso afirmativo, enumere: _____

¿Ha estado alguna vez en el hospital para el tratamiento de una enfermedad mental? SI NO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN

sí no

Donde fuiste admitido BMED ED Access Otro _____

¿Cuándo estuvo en el hospital? _____

¿Cuánto tiempo estuviste en el hospital? _____

¿Cuántas veces ha estado en el hospital para el tratamiento de una enfermedad mental? _____

HISTORIAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS / ADICCIÓN

¿Fuma cigarrillos o usa otros productos de tabaco? sí no

Si es así, ¿cuánto por día? _____

¿Bebes alcohol? sí no

En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia en los últimos 30 días? _____

¿Usa drogas ilegales? sí no

Si es así, ¿qué drogas usa? _____

¿Cuánto y con qué frecuencia en los últimos 30 días? _____

¿Usa narcóticos recetados? sí no

Si es así, ¿qué narcóticos recetados usa? _____

¿Cuánto y con qué frecuencia los usas? _____

¿Diría usted o alguien que conoce que está teniendo problemas con otras adicciones, como el juego, la pornografía o las compras?

no ahora en el pasado

¿Tiene riesgo de contraer VIH / SIDA / infecciones de transmisión sexual (sexo sin protección, uso de agujas)? sí no

HISTORIAL MÉDICO

¿Actualmente recibe tratamiento por alguno de los elementos enumerados a continuación que podrían estar afectando su condición actual?

<input type="checkbox"/> Cirugía anterior	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> HIV/ AIDS
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa):		

PERSONAL, FAMILIAR Y RELACIONES

Describe tu situación de vida actual y la distribución de tu familia: _____

Describe la familia en la que creciste: _____

Describe las relaciones en tu familia: _____

Describe las relaciones en tu sistema de apoyo (¿amigos, familia extendida, etc.?) _____

¿Cuál es su estado civil ahora? soltero casado viviendo como casado divorciado viudo

¿Está trabajando actualmente? sí no

En caso afirmativo, ¿quién es su empleador / puesto actual? _____

¿Cual es tu nivel más alto de educación?

K-12 (no completó la escuela secundaria) Graduado de secundaria / GED o superior Licenciatura o superior

¿Asiste actualmente a la escuela? si no

Si es así, ¿dónde y a qué nivel? _____

¿De niño estuvo (o está actualmente) inscrito en algún servicio de educación especial? si no

En caso afirmativo, describa: _____

HISTORIA DE SALUD MENTAL FAMILIAR

¿Alguien de su familia (ya sean familiares directos o parientes) ha experimentado dificultades con lo siguiente? (encierre en un círculo los que correspondan y mencione un miembro de la familia, por ejemplo, padre hermano, tío, etc.)

Dificultad	Si / No	Miembro de la familia
Depresión	Si / No	
Trastorno bipolar	Si / No	
Trastorno de ansiedad	Si / No	
Ataques de pánico	Si / No	
Esquizofrenia	Si / No	
Abuso de alcohol / sustancias	Si / No	
Trastornos de la alimentación	Si / No	

LEGAL

¿Alguna vez ha sido arrestado? SI NO, PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN si no

¿Cuántas veces? _____

¿Qué tan recientemente? en el último mes en el último año en los últimos 2-4 años

5+ años

¿Por qué te arrestaron? _____

¿Alguna vez fue condenado por un delito? si no

¿Está actualmente o alguna vez ha estado en libertad condicional o bajo palabra? actualmente en el pasado

Nombre del oficial de libertad condicional: _____

INGRESOS, NECESIDADES BÁSICAS Y VIVIENDA

¿Tiene ingresos? si no

En caso afirmativo, ¿es suficiente para satisfacer sus necesidades básicas? si no

¿Estás sin hogar actualmente? si no

Si es así, ¿cuánto tiempo ha estado sin hogar? Menos de 30 días 1-6 meses 1-5 años 5 + años

¿Alguna vez ha estado sin hogar en el pasado? si no

Si es así, ¿cuándo y por cuánto tiempo? _____

¿Qué tan bien se cuida a sí mismo (bañarse, comer bien, etc.)? bueno regular pobre

For staff use only:

DIAGNOSIS:

INITIAL TREATMENT RECOMMENDATIONS:

Counselor Signature: _____

Date: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "□" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

(Marque con un “ ” para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.