



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

PÁGINA DE PORTADA

Fecha de ingesta:

Servicios:

Número de identificación de AHCCCS:

D Tutoría

010P

CMDP#

Circule lo que corresponda a continuación:

Título 19 Título 21 SMI en Niño/Adolescente

Códigos de diagnóstico actuales:

Nombre completo del cliente:

Hombre: D Mujer: D

Nombre Preferido:

Fecha de nacimiento:

Número de SS:

Dirección del cliente:

Ciudad:

Código postal:

Teléfono Móvil del Cliente:

Hogar:

Trabajar:

Fuente de referencia:

Razón para referir:

Oficina de libertad condicional de referencia:

Teléfono de la oficina:

Móvil:

Correo electrónico:

Identidad de género: _____

Orientación sexual: _____

Carrera: _____ Idioma: _____

Estado civil: D Casado D Soltero D Otro

Altura: _____ Peso: _____ Etnia: _____

Condiciones/Necesidades Médicas:



Hoja de información del cliente

Maryland

C=

METRO=

Fecha de admisión:

Nombre del cliente:

Fecha de nacimiento:

DIRECCIÓN:

Cliente: Adulto 00

Direcciones:

Teléfono: _____

Otro: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____

Agente de libertad condicional: _____

Teléfono: _____

Agente de libertad condicional: _____

Teléfono: _____

Frecuencia de visita:

Mentor: _____

PIO.,_: _____

Allergies: ☐ (If checked, please write in detail below)

No known-Allergies: ☐

Nutrition Limitations: ☐ N/A: ☐

Current Behavioral Health needs:

Education: ☐ N/A: ☐

Grade: _____ Grade Status: _____

School Attending (IF MINOR):

Educational Needs: _____

Last Place of Employment: ☐ N/A: ☐

Resources Requested:

Assigned Mentor:

Phone #:

Any Notes Upon

Intake: _____

Intake Specialist Signature: _____ Date: _____



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

Formulario de información de contacto de emergencia

Esta información se utilizará en caso de accidente o emergencia médica.

Asegúrese de firmar y fechar este formulario.

Nombre:

Teléfono:

Hogar:

Celúla:

Dirección de correo electrónico:

DIRECCIÓN:

Nombre del contacto de emergencia principal:

Último.

Primero

Relación:

Teléfono:

Hogar:

Celúla:

Trabajar:

Nombre del contacto de emergencia secundario

Último: _____

Primero: _____

Relación:

Teléfono: _____

Hogar: _____

Celúla: _____

Trabajar: _____

Hospital local preferido: _____

Compañía de información de seguros: _____

Política#: _____

Comentarios (incluya cualquier información médica o personal especial que le gustaría que supiera un proveedor de atención de emergencia) o información de contacto especial:

Firma: _____

Fecha: _____

Staff / Title

Date

CONSENT FOR TELEHEALTH TREATMENT

Client Name:

As a client receiving behavioral services through telehealth methods, I understand:

Telehealth is the delivery of behavioral health services using interactive technologies (audio, video or other electronic communications) between a provider and a client that are not in the same physical location. The interactive technologies used in Telehealth incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient information transmitted via any electronic channel. These protocols include measures to safeguard the data and to aid in protecting against intentional or unintentional corruption. Electronic systems used will incorporate network and software security protocols to protect the privacy and security of health information and imaging data and will include measures to safeguard the data to ensure its integrity against intentional or unintentional corruption.

1. This service is provided by technology (included but not limited to video, phone, text, and email) and may involve direct face to face communication. There are benefits and limitations to this service. I will need access to, and familiarity with, the appropriate technology in order to participate in the service provided. The exchange of information will not be direct, and any paperwork exchanged will likely be provided through electronic means or through postal delivery. During your telehealth, details of your medical history and personal health information may be discussed with you or your behavioral health care professionals through the use of interactive video, audio or other telecommunications technology.
2. I may decline any telehealth services at any time without jeopardizing my access to future care, services, or benefits.
3. These services rely on technology, which allows for greater convenience in service delivery. There are risks in transmitting information over technology that include, but are not limited to, breaches of confidentiality, theft of personal information, and disruption of service due to technical difficulties. My team and I will regularly reassess the appropriateness of continuing to deliver services to me through the use of the technologies we have agreed upon today and modify our plan as needed.
4. The laws and professional standards that apply to in-person behavioral services also apply to telehealth services. This document does not replace other agreements, contracts, or documentation of informed consent.

Client Signature

Date



Derechos del cliente

Todos los Clientes que aceptaron los servicios tienen los siguientes derechos:

- Ser tratado con dignidad, respeto y consideración.
 - Un cliente como no sujeto a:
 - o A.) Abuso
 - o B.) Explotación
 - o C.) Coerción
 - o D.) Manipulación
 - o E.) Negligencia
 - o F.) Abuso sexual
 - o G.) Agresión sexual
 - o H.) Reclusión
 - o I.) Restricción, si no es necesaria para evitar daños inminentes a sí mismo o a otros;
 - o J.) Represalias por presentar una queja al Departamento u otra entidad; o
 - o K.) Apropiación indebida de bienes muebles y privados por un tratamiento ambulatorio miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante del centro.
- No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil, diagnóstico o fuente de pago.
- Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, elecciones, fortalezas y habilidades del paciente; que respalde la libertad personal del paciente, salvo orden judicial, mediante el consentimiento del paciente; y se proporciona en el entorno menos restrictivo que satisfaga las necesidades de tratamiento del paciente.
- No ser impedido ni impedido de ejercer los derechos civiles del paciente a menos que el paciente haya sido declarado incompetente o un tribunal de jurisdicción competente haya determinado que el paciente no puede ejercer un derecho o categoría de derechos específicos.
- Presentar quejas a Gwee's Integrated Health y/o quejas a entidades externas sin restricciones ni represalias.
- Que las quejas sean consideradas por Gwee's Integrated Health de manera justa, oportuna e imparcial.
- Buscar, hablar y ser asistido por un asesor legal de elección del paciente a expensas del paciente.
- Recibir asistencia de un miembro de la familia, representante designado u otro individuo para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.
- Que la información y los registros del paciente sean confidenciales y se divulguen solo según lo permitan las leyes estatales y federales (según R-9-20211(A)(3) y (B), orden judicial o según lo autorice por escrito el tutor legal del paciente. .

- A la privacidad en el tratamiento, incluido el derecho a que no se le tomen las huellas dactilares, no se le fotografíe ni se le registre sin consentimiento (excepto para fotografiar con fines de identificación y administrativos según lo dispuesto por Título ARS 36-507(2); para grabaciones de vídeo utilizadas con fines de seguridad que se mantienen únicamente en un de forma temporal) según lo dispuesto en R9-20-602.(A){5}.

- Revisar, previa solicitud por escrito del tutor legal del paciente, el registro del paciente durante el período normal. horario comercial de la agencia o en un horario acordado entre ellos. tutor legal del paciente y el contratista

excepto como se describe en R9-20-211(A){6}; revisar lo siguiente en la agencia de OBHL: este capítulo, el informe de la inspección más reciente de las instalaciones realizada por OBHL, un plan de corrección en efecto según lo exige OBHL. • Ser informado de todas las tarifas que el

paciente debe pagar y de las políticas de reembolso de la agencia.

procedimientos antes de recibir un servicio de salud conductual, excepto para un servicio de salud conductual proporcionado a un paciente que vive una situación de crisis.

- Dar consentimiento al tratamiento1. a menos que un tribunal de jurisdicción competente ordene el tratamiento después de recibir una explicación verbal de la condición del paciente y el tratamiento propuesto, incluido el resultado previsto, la naturaleza del tratamiento propuesto, cualquier procedimiento involucrado en el tratamiento propuesto, riesgos o efectos secundarios. del tratamiento propuesto y cualquier alternativa al tratamiento propuesto. •Estar libre de abuso, negligencia,

explotación, coerción y manipulación.

- Ser ofrecido o referido para el tratamiento especificado en el plan de tratamiento del paciente o recibir un derivación a otra agencia si esta agencia no puede proporcionar un servicio de salud conductual que el paciente solicitudes o que esté indicado en el plan de tratamiento del paciente.

- Que los padres, tutores, custodios o agentes del paciente participen en las decisiones de tratamiento y en el desarrollo y revisión periódica del plan de tratamiento escrito del paciente.

- Dar consentimiento general y, si corresponde, consentimiento informado para el tratamiento, rechazar el tratamiento o retirar el consentimiento general o informado para el tratamiento, a menos que el tratamiento sea ordenado por un tribunal de acuerdo con el Título 36, Capítulo 5 del ARS, y sea necesario para salvar la vida del paciente. o salud física, o se proporciona según ARS 36-512

- Estar libre de abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, represalias por presentar una queja, alta/transferencia/amenaza de alta por razones no relacionadas con las necesidades de tratamiento del paciente, excepto lo establecido en el acuerdo de honorarios firmado, tratamiento que involucre el negación de comida/dormir/oportunidad de usar el baño, restricción o aislamiento de cualquier forma.

- Participar o negarse a participar en actividades religiosas. • Controlar las propias finanzas del paciente, excepto lo dispuesto en ARS 36-507{5}.

- Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales; dar consentimiento informado por escrito/ negarse a dar consentimiento informado/retirar el consentimiento informado para participar en una investigación o en un tratamiento que no sea un tratamiento reconocido profesionalmente.

- Estar libre de realizar cualquier labor para la agencia.

- Negarse a reconocer la gratitud a Gwee's Integrated Health a través de declaraciones escritas, otros medios o charlas en reuniones públicas.

- Recibir servicios de salud conductual en un centro libre de humo, aunque se puede permitir fumar fuera del centro.

- Si está inscrito en una autoridad regional de salud conductual como individuo, recibir asistencia de esa agencia para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.

Sus derechos con respecto a su información de salud y prácticas de privacidad

Cómo recopilamos información sobre usted: Gwee's Integrated Health y sus empleados recopilan datos a través de una variedad de medios que incluyen, entre otros, granjas de admisión, notas de casos de psicoterapia, cartas, llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de voz, personal y la información de admisión recibida. por una agencia de referencia que sea necesaria en el desarrollo e implementación de su

plan de tratamiento. Qué no hacemos con su información: La información sobre su historial que nos proporciona por escrito, por correo electrónico o por teléfono (incluida la información dejada en centros comerciales de voz), que nos proporciona directa o indirectamente, se mantiene en la más estricta confidencialidad. No damos ni difundimos ninguna información sobre los pacientes que reciben nuestros servicios que se considere confidencial o esté restringida por la ley.

Cómo utilizamos su información: La información solo se utiliza cuando es razonablemente necesaria para brindarle servicios de asesoramiento que pueden requerir comunicación entre Gwee's Integrated Health y otras agencias involucradas en su atención y tratamiento para determinar el tipo de servicios de asesoramiento que son necesarios.

Primero obtendremos de usted un formulario de autorización por escrito antes de divulgar o compartir verbalmente cualquier información sobre usted o su tratamiento con nuestra agencia. Gwee's Integrated Health solo puede divulgar información que haya sido generada por los empleados de Gwee's Integrated Health en su trabajo de tratamiento: con usted. Gwee's Integrated Health no divulgará la información recibida de otras agencias .

Derecho limitado a utilizar información personal no identificable de otras fuentes: cualquier trabajo de terapia escrito pasa a ser propiedad de Gwee's Integrated Health y se coloca en su expediente de paciente confidencial y protegido de la privacidad. Respetamos su derecho a la privacidad y le aseguramos que ninguna información de identificación será utilizada públicamente sin su consentimiento directo previo. Revisar, previa solicitud por escrito, el propio expediente médico del cliente según ARS 12-22931' 12-2294, y 12-2294101

Consentimiento para el tratamiento y confidencialidad limitada. Me han remitido para recibir asesoramiento, !OP y/o tutoría, y entiendo que el asesoramiento debe proporcionar beneficios significativos, pero también puede presentar algunos riesgos, ya que puede causar pensamientos y sentimientos incómodos o puede conducir a la recuerdo de recuerdos inquietantes. Entiendo que el tipo de tratamiento, la modalidad de tratamiento y el plan de tratamiento se establecerán conmigo durante los primeros 30 días de sesiones con el terapeuta. Además, entiendo que estos objetivos del Plan de Tratamiento se revisarán según sea necesario y que tendré aportes tanto en mi Plan de Servicio Individual inicial en el momento de la admisión como en cualquier revisión posterior de los objetivos de mi Plan de Tratamiento . Los objetivos de mi plan de tratamiento se revisarán cada 90 días (o antes, según sea necesario). Entiendo que si una agencia me remite para tratamiento y mi tratamiento es financiado por esa agencia, mi terapeuta debe

hablar abierta y libremente con la agencia sobre mi tratamiento y cualquier tema relacionado. Esto incluye, entre otros, contacto telefónico y mensajes verbales, mensajes de correo electrónico que sean seguros y un informe mensual escrito con notas de casos de sesiones sobre el progreso de mi asesoramiento. Cualquier otro intercambio de información requerirá un formulario de divulgación de información específico firmado que indique a quién se puede divulgar la información, qué información se puede divulgar y el propósito de la divulgación de información.

así como una fecha de vencimiento (máximo un año) de la autorización firmada. Además, entiendo que puedo revocar una autorización que he firmado, pero eso no afectará ninguna información que se haya divulgado antes de la firma de la autorización. Existen ciertas excepciones a la confidencialidad: 1. Cuando exista riesgo de peligro inminente para mí o por mi parte para otra persona; el terapeuta está legalmente obligado a tomar las medidas necesarias para prevenir dicho peligro. 2. Cuando hay información o sospecha de abuso sexual o físico hacia un niño, el terapeuta está legalmente obligado a informarlo a las autoridades correspondientes. 3. Cuando exista una orden judicial válida para la divulgación de información, el terapeuta cumplirá con la ley y con la libertad condicional financiada.

Los pacientes dirigirán cualquier orden al departamento de libertad condicional. Excepto en caso de emergencia, consiente o rechaza el tratamiento; puede rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que se inicie el tratamiento. Excepto en caso de emergencia, se le informa sobre las alternativas a un medicamento psicotrópico propuesto para un procedimiento quirúrgico y los riesgos asociados y posibles complicaciones de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto. Consiente a que se tomen fotografías del cliente antes de que se le fotografíe, excepto que un cliente pueda ser fotografiado cuando sea admitido en un centro de tratamiento ambulatorio y/o hospitalizado para fines administrativos y de identificación. Entiendo que si estoy en tratamiento con un terapeuta de nivel de maestría que está trabajando para obtener una nueva licencia, una sesión cofacilitada con un estudiante de pasantía de un programa acreditado de maestría en consejería o un técnico en salud conductual, estarán bajo la supervisión clínica de el supervisor clínico de Gwee's Integrated Health y discutiré mi caso abiertamente en las sesiones. Mi consentimiento para el tratamiento es con la agencia de Anew Recovery y sus terapeutas. Si tiene alguna inquietud clínica, comuníquese directamente con la administradora Sarah Gwee al 508-271-5150:...

Procedimiento de quejas del paciente Si tiene una queja sobre el servicio que está recibiendo en Gwee's Integrated Health o siente que se le ha negado la admisión o ha sido dado de alta del tratamiento sin causa o siente que ha sido discriminado de alguna manera, lo alentamos a para acceder al proceso de quejas de la agencia. Puede comunicarse directamente con la Administradora Sarah Gwee (520) 271-5150 con respecto a su queja y si el resultado del contacto telefónico no resuelve la situación, le recomendamos que presente su queja por escrito para que se pueda celebrar una reunión para abordar su queja y proporcionar un registro escrito. Puede llamar a la Administradora Sarah Gwee (508) 271-5150 para obtener el formulario correspondiente y también puede solicitar ayuda para completar el formulario. La queja debe enviarse al director ejecutivo/administrador, quien programará una reunión con el terapeuta y coordinará una reunión con usted dentro de los cinco (5) días hábiles para intentar resolver la queja. Se pueden programar reuniones adicionales para incluir a otros miembros del equipo de tratamiento con su

aprobación (como administrador de caso, oficial de libertad condicional). Si no puede llegar a una resolución con nuestra agencia, tiene derecho a presentar una queja ante las fuentes de financiamiento de nuestra agencia, con las cuales estamos contratando para sus servicios de tratamiento: Maricopa/Pinal/Gila County Juvenile Probation, Departamento Correccional del Estado de Arizona, o cualquier otra agencia que Gwee's Integrated Health tenga contratado para sus servicios de tratamiento. Su utilización del proceso de quejas no afectará los servicios que recibe ni la forma en que lo tratan.

Tarifa del paciente/Política de reembolso _____

Esta política describe las fuentes de financiamiento para la tarifa por los servicios de la agencia:

- Las tarifas de los pacientes se basarán en la tarifa contractual por el acuerdo de servicio en el que se encuentran bajo.
- Para los pacientes remitidos en libertad condicional, el departamento de libertad condicional puede evaluar a la familia por los costos relacionados con el tratamiento, pero la determinación de estos costos la realiza el departamento financiero de libertad condicional y no Gwee's Integrated Health y estas tarifas se pagan directamente al departamento.
- Los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán y firmarán un acuerdo financiero. Se brindarán los servicios y solo se cobrará el pago si se brindan esos servicios. En caso de que se deba algún reembolso, se emitirá un cheque y se enviará por correo dentro de los treinta (30) días. Se aplicará un cargo de \$25.00 por

cualquier cheque personal/comercial devuelto. Requerimos un mínimo de un día hábil completo (24 horas) antes de su cita, o es posible que se le cobre la tarifa horaria completa por el tiempo que reservó para la cita. • Si un paciente recibe financiación de una compañía de seguros privada que acepta facturas de esta agencia, el La compañía de seguros notificará a esta agencia los montos de copago que se le cobrarán al paciente. en base a la cobertura actual. Esta agencia será responsable de cobrar estas tarifas si aplicar

- Pacientes que tienen 30 días o más de mora en el pago de los servicios de tratamiento que han recibido. recibido, podrá ser suspendido del tratamiento posterior hasta que su cuenta financiera sea recuperada actual.

Gwee's Integrated Health tiene derecho a cambiar las tarifas y se asegurará de que un paciente o, si corresponde, un familiar, tutor, representante designado o agente reciba una notificación por escrito treinta (30) días antes de cualquier cambio en nuestra tarifa. política. La notificación de cambios de tarifas también se publicará en el área de espera treinta (30) días antes de cualquier cambio.

Números de teléfono y direcciones importantes

OBHL (Oficina de Licencias de Salud Conductual) 150 N 18th Ave, #410 Phoenix, AZ85007 ADHS

{Servicios de Salud del Departamento de Arizona} Oficina de Licencias de Instalaciones Médicas 150 North 18th Avenue, # 410, Phoenix AZ 85007 Teléfono 602 364-3031 Maricopa Crisis

602-222-9444 Departamento de

Seguridad Infantil (Línea directa de DCS 1-8823-767-2445 Línea

directa de suicidio: Maricopa: 1-800-631-1314 o 602-222-9444 Pinal: 1-800- 796-6762 o 520-622-6000 RHBA tribal: 1-800-654-8713 AHCCCS (Sistema

de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona): 1-800-654-8713



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

Formulario de consentimiento de seguro

Yo, _____ da autorización firmada para la divulgación de información para transacciones y asignación de beneficios para reclamos a Gwee's Integrated Salud .

Firma del cliente _____

Fecha _____

Firma del personal _____

Fecha _____



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

Procedimientos de quejas

1. Primero, procesar la queja o inquietud con el personal. Si el residente no está satisfecho, obtenga un formulario de queja. ^{Cliente}
2. Complete el formulario en detalle cuando corresponda.
3. Envíe el formulario al personal o al administrador. Queja. El formulario será respondido inicialmente dentro de los dos días hábiles siguientes a su recepción.
4. El administrador de la agencia revisará y se reunirá con los residentes y las partes relevantes (si corresponde) para abordar las cuestiones planteadas en la queja.
5. Las quejas presentadas recibirán una respuesta formal por escrito dentro de los cinco días hábiles.
6. Si las personas que presentan la queja no están satisfechas con la decisión, se puede presentar una queja por escrito. llenado con la agencia de licencias para una mayor intervención.
7. Una persona o personas no serán discriminadas, ni se les prohibirá tomar represalias ni tomar represalias contra ellas por haber presentado una queja ante o fuera de la agencia.
8. Ningún residente será objeto de amenazas de despido anticipado o rechazo por parte del personal.
9. Las políticas y procedimientos se explicarán al residente, padre y tutor o representante designado al momento de la admisión.
10. Un residente o su representante puede presentar una queja directamente ante la Oficina de Licencias de Instalaciones Residenciales o la Oficina de Derechos Humanos de Arizona.

Departamento de Servicios de Salud

9005 N. 29th Avenue, Phoenix, Arizona 85051 Suite 1 y 2
150 N 16th Ave Phoenix AZ 85007 602-364-2639

Firma del cliente
Firma del residente

Fecha

Firma del agente de la clínica
Firma del representante

Fecha

Firma del personal

Fecha

Formulario de queja

Nombre del Cliente Residente : _____

Categoría de queja:

- ☐ Comida D Rooril/ Buff ding
- ☐ Problema con Residente
- Reglas D
- D Ropa D Maltratado por Personal
- Propiedad
- D Otro

Explicar el agravio :

Firma del cliente: _____ Fecha : _____

Respuesta del administrador de la casa/director :

Director / Manager Name	Signature	Date
-------------------------	-----------	------



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, el abajo firmante, _____,, darle autoridad total e incondicional para proceder con una evaluación clínica y tratamiento según lo indique su criterio. Este consentimiento lo doy yo como cliente. Tengo poder legal para dar consentimiento a evaluaciones y tratamientos médicos, psicológicos, de asesoramiento y de salud mental para recibir servicios. Se entiende claramente que por la presente quedo completamente liberado de cualquier reclamo y demanda que pueda surgir o ser incidental a la evaluación y/o tratamiento, siempre que sus funciones se realicen con cuidado y responsabilidad estándar lo mejor que pu

Firmado esto: _____

día de _____

20____

Firma del cliente

Fecha

Personal/Título

Fecha

Staff/Title

Date

Acknowledgement of Receipt of Consent to Treat Forms

Client Name:

DOB:

By signing this form I, _____ consent to treatment and recognize the limits of confidentiality. I, _____ acknowledge receipt of the Client Information Handout which contains the following information with a verbal explanation of the following items:

- Client Rights/Privacy Practices
- Consent to Treatment and Limited Confidentiality
- Patient Complaint Procedure
- Client Fee/Refund Policy
- Important Crisis/Resource Phone numbers

Client Signature

Date

Staff / Title

Date



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

Fecha de admisión:_____

Formulario de admisión de salud mental

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Identificación de AHCCCS:		DIRECCIÓN:	
Teléfono#		Raza/Tribales Afiliación:	
Emergencia Contacto:		Emergencia Teléfono de contacto#	

¿Cuáles son los problemas para los que busca ayuda?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?

1. _____
2. _____

Lista de verificación de síntomas actuales: coloque una marca de verificación para los síntomas actuales:

☐ Estado de ánimo	☐ Incapacidad para disfrutar de las actividades	☐ Alteración del patrón de sueño
deprimido ☐ Pérdida de interés en las actividades	☐ Dificultad para concentrarse	☐ Olvido
☐ Culpa excesiva ☐ Fatiga		☐ Pensamientos acelerados
☐ Mayor comportamiento riesgoso ☐ Disminución de la necesidad de dormir		☐ impulsividad
☐ Aumento de la irritabilidad ☐ Ataques de llanto		☐ Energía excesiva
☐ Ataques de ansiedad ☐ Evitación		☐ Preocupación excesiva
☐ Alucinaciones sonoras ☐ Sospecha/Paranoia		☐ Alucinaciones visuales

, Cualquier síntoma adicional que esté experimentando:

Suicide Screening :**Please check the boxes and write detailed answers below:**

Do you Currently feel like you don't want to live?	☐ NO ☐ YES
Have you ever tried to kill or harm yourself before? If Yes, Please explain	☐ NO ☐ YES
How often do you have these thoughts?	☐ All day ☐ Multiple times/day ☐ Daily ☐ 1-2 times/week ☐ 3-4 times/week ☐ 5-6 times/week ☐ Other : _____
When is the last time you had Thoughts of dying?	
Has anything happened to you recently to make you feel this way?	
On a scale of 1 – 10 (10 Being the strongest), how strong is your desire to kill yourself currently?	
Would anything make it better? If Yes, Please explain	☐ NO ☐ YES
Have you ever thought about how you would kill yourself? If Yes, please explain	☐ NO ☐ YES
Is the method you would use readily available? If Yes, please explain	☐ NO ☐ YES

Is there anything that would stop you from killing yourself? If Yes, please explain	☐ NO ☐ YES
Do you have access to guns or other means to hurt/kill yourself? If Yes, please explain	☐ NO ☐ YES
Safety Contract Completed? ☐ YES ☐ NO	

Psychiatric History :

Please check the box if you are a family member has been diagnosed and/or treated for the below psychiatric disorders :

	YOU	FAMILY (If Yes, specify which family member/members)
Bipolar Disorder	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family member :
Depression	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
Anxiety	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
Aggression / Anger Outbursts	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
Schizophrenia	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
Post-traumatic stress disorder (PTSD)	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
Alcohol Abuse	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
Substance Abuse	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :
History of Violence	☐ NO ☐ YES Age :	☐ NO ☐ YES Family Member :

Suicide	☐ NO ☐ YES	☐ NO ☐ YES
	Age :	Family Member :

Treatment History :

Have you ever received **outpatient** treatment? ☐ NO ☐ YES If Yes, Please complete the table below :

Reason Treated	Dates Treated	Where Treated

Have you ever received **Inpatient** treatment? ☐ NO ☐ YES If Yes, Please complete the table below :

Reason Treated	Dates Treated	Where Treated

Medication History :

☐ I **Don't currently** and **have never taken** medications. If you checked this box, please skip to the Substance Use History section.

☐ I **Currently** take medications or **have taken medications in the past**. If you checked this box, please review the entire list of medications and check the appropriate boxes regarding past / current medications and complete the information. Please be as detailed as possible.

Medication Name	Current / Past (If taken in past, list the dates)	Dosage / Frequency (ie: 50mg. 2x/day)	Response/Side Effects (ie: Helpful, Not Helpful, Negative Side Effects)
	☐ Current ☐ Past _____		
	☐ Current ☐ Past _____		
	☐ Current ☐ Past _____		
	☐ Current ☐ Past _____		
	☐ Current ☐ Past _____		

Do you currently take any Over – the – Counter Medications? ☐ NO ☐ YES

If Yes, complete the information below :

Medication Name	Treating Illness	Total Daily Dosage	Estimated Start Date

Substance Use :

Have you ever been treated for alcohol or drug use / abuse?	☐ NO ☐ YES
If Yes, which substance?	
Where were you treated and when?	
How many days per week do you drink alcohol / use drugs?	
Have you ever felt you need to cut down on your drinking or drug use?	☐ NO ☐ YES
Have you ever had a drink or used drugs first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover?	☐ NO ☐ YES

Check if you have ever tried the following? If Yes, Please indicate how long (time frame) and last use.

Substance		Last use (approx)	Length of Use (approx. age, # of years, etc.)
Methamphetamine	☐ NO ☐ YES		
Cocaine	☐ NO ☐ YES		
Stimulants (pills)	☐ NO ☐ YES		
Heroin	☐ NO ☐ YES		
LSD / Hallucinogens	☐ NO ☐ YES		
Marijuana	☐ NO ☐ YES		
Pain Killers	☐ NO ☐ YES		
Methadone	☐ NO ☐ YES		
Tranquilizer/Sleeping pills	☐ NO ☐ YES		
Alcohol	☐ NO ☐ YES		
Ecstasy	☐ NO ☐ YES		
Other	☐ NO ☐ YES		

Caffeine Use :

		How Many drinks per day?
Coffee	☐ NO ☐ YES	
Soda	☐ NO ☐ YES	
Tea	☐ NO ☐ YES	

Education History :

Highest grade completed : _____ Where? _____

Did you attend College ? ☐ NO ☐ YES Where? _____ Major: _____

Highest Education level or Degree attained : _____

Legal History :Have you been Arrested? ☐ NO ☐ YES

If YES, please complete the table below :

Charge	Approximate Date	Outcome

Have you served time in prison? ☐ NO ☐ YES

If YES, please complete the table below :

Charged	Date Admitted	Date Released

Are you currently on Probation / Parole? _____

Officer's Name : _____ Phone # : _____ County : _____

Trauma History :

Have you been Emotionally abused?	☐ NO ☐ YES
Have you been Physically abused?	☐ NO ☐ YES
Have you been Sexually abused?	☐ NO ☐ YES

Occupational History :

Are you currently: ☐ Student ☐ Unemployed ☐ Disabled ☐ Retired

What is your current occupation?	
How long have you been at your current Position?	
Have you served in the military?	☐ NO ☐ YES Which branch?
How were you discharged?	☐ Honorable Date: _____ ☐ Other Date: _____ Type: _____

Family Background History :

Please write detailed answers in boxes below:

Where did you grow up?	
Who was in your household growing up?	

How many siblings do you have?	
What was your mother's occupation growing up?	
What was your father's occupation growing up?	
Did your parents divorce?	
What was your relationship like with your father growing up?	
What was your relationship like with your mother growing up?	
How old are you when you left home?	
Has anyone in your immediate family died?	

Personal/ Family Medical History :

Date and location of last physical exam : _____

Please complete the below table. If YES, please write an approximate date of diagnosis. If you are unaware of your family history, please write " **UNKNOWN** ".

CONDITION	PERSONAL	CONDITION	PERSONAL
Thyroid disease	☐ NO ☐ YES Date :	Fibromyalgia	☐ NO ☐ YES Date :
Anemia	☐ NO ☐ YES Date :	Heart Disease	☐ NO ☐ YES Date :
Liver Disease	☐ NO ☐ YES Date :	Epilepsy / Seizures	☐ NO ☐ YES Date :
Chronic Fatigue	☐ NO ☐ YES Date :	Chronic Pain	☐ NO ☐ YES Date :
Kidney Disease	☐ NO ☐ YES Date :	High Blood Pressure	☐ NO ☐ YES Date :
Diabetes	☐ NO ☐ YES Date :	High Cholesterol	☐ NO ☐ YES Date :
Asthma / Respiratory issues	☐ NO ☐ YES Date :	Head Trauma	☐ NO ☐ YES Date :
Stomach / Intestinal problems	☐ NO ☐ YES Date :	Hepatitis	☐ NO ☐ YES Date :
Cancer	☐ NO ☐ YES Date :	Other	☐ NO ☐ YES Date :

Medical Background :

Current Weight :	
Current Height :	
Allergies :	

Personal Background :

Marital Status	☐ Single ☐ Partnered ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed
How many marriages have you had?	
How long did each marriage last?	
How many divorces have you had?	
If widowed, how long?	
Are you currently in a relationship?	☐ NO ☐ YES
What is your spouse/significant other's occupation?	
Describe your relationship with your spouse/significant other	
Are you sexually active?	☐ NO ☐ YES If Yes, are you using Birth control methods? ☐ NO ☐ YES Are you interested in help getting Birth control? ☐ NO ☐ YES
What is your sexual orientation?	☐ Straight/Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Transsexual ☐ Asexual ☐ Gay/Lesbian/Homosexual ☐ Unsure/Questioning ☐ Prefer Not to answer ☐ Other
Do you have children?	☐ NO ☐ YES Ages :
Describe your relationship with your children?	

List everyone that currently lives with you	
---	--

For Women Only :

Date of last menstrual period :	
Are you currently pregnant?	☐ NO ☐ YES
Do you think you might be pregnant?	☐ NO ☐ YES
Are you planning to get pregnant in the near future?	☐ NO ☐ YES
Are you using Birth control?	☐ NO ☐ YES Method :
How many times have you been pregnant?	
How many live births?	

Do you have any concerns about your Physical / Mental Health you would like to discuss with us or anything we may have missed above? ☐ NO ☐ YES

If YES, please explain : _____

Client Name _____ Signature _____ Date _____

BHP Print Name _____ Signature _____ Date _____

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NAME: _____

DATE: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been
bothered by any of the following problems?

(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns

	+		+	
--	---	--	---	--

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to accompanying scoring card).

TOTAL:

--

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	_____
Somewhat difficult	_____
Very difficult	_____
Extremely difficult	_____

BHT Print Name

Signature

Date

Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire

All questions pertain to while you were growing up, during your first 18 years of life :

Check the box for " YES "

1. Did a parent or other adult in the household often swear at you, insult you, put you down, or humiliate you or act in a way that made you afraid you might be physically hurt?	☐
2. Did a parent or adult in the household often push, slap, or throw something at you or ever hit you so hard that you had marks or were injured?	☐
3. Did an adult or person at least 5 years older than you ever touch or fondle you or have you touch their body in a sexual way or try to or actually have oral, anal, or vaginal sex with you?	☐
4. Did you often feel that no one in your family loved you or thought you were important or special or that your family didn't look out for each other, feel close to each other or support each other?	☐
5. Did you didn't have enough to eat, had to wear dirty clothes, and had no one to protect you or your parents were too drunk or high to take care of you or take you to the doctor if you needed it?	☐
6. Were your parents ever separated or divorced?	☐
7. Was your mother or stepmother often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her? Was she sometimes or often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard? Was she repeatedly hit over at least a few minutes or threatened with a gun or knife?	☐
8. Did you live with anyone who was a problem drinker or alcoholic or who used street drugs?	☐
9. Was a household member depressed or mentally ill or did a household member attempt suicide?	☐

10. Did a household member go to prison?	☐
Add up the total number of checkboxes and this is your ACE score :	

**** ACE scores of 4 or more, please for trauma counseling**

GAD – 7 Anxiety

Over the last two weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly everyday
1. Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3
2. Not being to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying to much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid, as if something awful might happen	0	1	2	3

Column total : _____ + _____ + _____ + _____ =

Total score : _____

If you checked any problems, how difficult have they made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all

☐

Somewhat difficult

☐

Very difficult

☐

Extremely difficult

☐

Source: Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD-PHQ). The PHQ Was developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B. W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues. For research information, contact Dr. Spitzer at ris8@columbia.edu PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. All rights reserved Reproduced with permission.

Scoring GAD – 7 Anxiety Severity

This is calculated by assigning scores of 0, 1, 2, and 3 to response categories, respectively, of “Not at all,” “several days,” “more than the days,” and “nearly everyday.”

GAD – 7 total score for the seven items ranges from 0 to 21.

0 – 4 : Minimal Anxiety

5 – 9 : Mild Anxiety

10 – 14 : Moderate Anxiety

15 – 21 : Severe Anxiety

DASS 21

Name : _____ Date : _____

Please read each statement and circle a number 0, 1, 2, or 3 which indicate how much the statement applied to you over the past week. There No right or Wrong answers. Do not spend too much time on any statement. *The rating scale is as follows:*

- 0 Did not apply to me at all – NEVER**
- 1 Applied to me to some degree, or some of the time - SOMETIMES**
- 2 Applied to me to a considerable degree, or a good part of time – OFTEN**
- 3 Applied to me very much, or most of the time – ALMOST ALWAYS**

FOR OFFICE USE

	N	S	O	AA	D	A	S
1. I found it hard to wind down	0	1	2	3			
2. I was aware of dryness of my mouth	0	1	2	3			

3. I couldn't seem to experience any positive feeling at all	0	1	2	3			
4. I experience breathing difficulty (eg, excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3			
5. I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3			
6. I tended to over – react to situations	0	1	2	3			
7. I experienced trembling (eg, in the hands)	0	1	2	3			
8. I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3			
9. I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3			
10. I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3			
11. I found myself getting agitated	0	1	2	3			
12. I found it difficult to relax	0	1	2	3			
13. I felt down-hearted and blue	0	1	2	3			
14. I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3			
15. I felt I was close to panic	0	1	2	3			
16. I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3			
17. I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3			
18. I felt that I was rather touchy	0	1	2	3			
19. I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (eg, sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3			
20. I felt scared without any good reason	0	1	2	3			
21. I felt that life was meaningless	0	1	2	3			
TOTALS :							

DASS Severity Ratings

The DASS is a **quantitative** measure of distress along the 3 axes of depression, anxiety¹, and stress². It is not a categorical measure of clinical diagnoses.

Emotional syndromes like depression and anxiety are intrinsically dimensional – they vary along a continuum of severity (Independent of the specific diagnosis). Hence the selection of a single cut-off score to represent clinical severity is necessarily arbitrary. A scale such as the DASS can lead to a useful assessment of disturbance, for example individuals who may fall short of a clinical cut-off for a specific diagnosis can be correctly recognized as experiencing considerable symptoms and as being at high risk of further problems.

However for clinical purposes it can be helpful to have “ labels “ to characterize degree of severity relative to the population. Thus the following cut-off scores have been developed for defining mild / moderate / severe / extremely severe scores for each DASS scale.

Note : the severity labels are used to describe the full range of scores in the population, so " mild " for example means that the person is above the population means that the person is above the population mean but probably still way below the typical severity of someone seeking help (ie it does not mean a mild level of disorder).

The individual DASS scores do not define appropriate interventions. They should be used in conjunction with all clinical information available to you in determining appropriate treatment for any individual.

¹Symptoms of psychological arousal

²The more cognitive, subjective symptoms of anxiety

DASS 21 SCORE

DEPRESSION
SCORE

ANXIETY
SCORE

STRESS
SCORE

	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0 – 4	0 – 3	0 – 7
Mild	5 – 6	4 – 5	8 – 9
Moderate	7 – 10	6 – 7	10 – 12
Severe	11 – 13	8 – 9	13 – 16
Extremely Severe	14 +	10 +	17 +

PCL – 5

Instructions : Below is the list of problems that people sometimes have to a very stressful experience. Please read each problem carefully and then circle one of the numbers to the right to indicate how much you have been bothered by that problem in the past month.

In the past month, how much were you bothered by:	Not at all	A little bit	Moderately	Quite a bit	Extremely
---	------------	--------------	------------	-------------	-----------

1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience?	0	1	2	3	4
2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?	0	1	2	3	4
3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?	0	1	2	3	4
4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?	0	1	2	3	4
5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (eg, heart pounding, trouble breathing, sweating)?	0	1	2	3	4
6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?	0	1	2	3	4
7. Avoiding external reminders of the stressful experience (eg, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?	0	1	2	3	4
8. Trouble remembering important parts of the stressful experience?	0	1	2	3	4
9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world(eg, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?	0	1	2	3	4
10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?	0	1	2	3	4
11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame?	0	1	2	3	4
12. Loss of interest in activities that you used to enjoy?	0	1	2	3	4
13. Feeling distant or cut-off from other people?	0	1	2	3	4
14. Trouble experiencing positive feelings (eg, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)?	0	1	2	3	4
15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively?	0	1	2	3	4
16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm?	0	1	2	3	4
17. Being "superalert" or watchful or on guard?	0	1	2	3	4
18. Feeling jumpy or easily startled?	0	1	2	3	4
19. Having difficulty concentrating?	0	1	2	3	4
20. Trouble falling or staying asleep?	0	1	2	3	4

Consent for Service

El tratamiento de salud mental es un proceso confidencial diseñado para ayudarlo a abordar sus inquietudes y enseñarle a comprenderse mejor a sí mismo. Como cliente de Gwee's Integrated Health, aprenderá las habilidades necesarias para su curación a través de asesoramiento individual, asesoramiento grupal, capacitación en habilidades para la vida y gestión de casos. Puede haber períodos de estrés y ansiedad mientras aprende a implementar estrategias enseñadas por los proveedores en su estilo de vida actual. Los miembros del personal están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana para ayudarlo y apoyarlo durante todos los servicios de asesoramiento.

Acepto ____ {inicial) y doy permiso para participar en los servicios y asistencia de Integrated Health de Gwee .

Entiendo que otros pueden estar involucrados en mi tratamiento y se debe obtener la divulgación de información.
Acepto participar en las actividades a realizar para resolver y mejorar el funcionamiento.

He leído y discutido la información anterior con mis proveedores. Entiendo los riesgos y beneficios del asesoramiento, la naturaleza de los límites y la confidencialidad y lo que se espera de mí como cliente de Gwee's Integrated Health.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para divulgar y participar en Gwee's Integrated Health en cualquier momento.

Nombre de impresión del cliente	Firma	Fecha
---------------------------------	-------	-------

Consentimiento para la búsqueda

En un intento por mantener seguros a todos los Clientes y al Personal en todo momento, su propiedad personal puede ser registrada en cualquier momento. Todas las pertenencias serán registradas al momento de la admisión y posteriormente de forma aleatoria. Se confiscarán todos los artículos peligrosos, medicamentos, drogas, alcohol o parafernalia.

Nombre de impresión del cliente	Firma	Fecha
---------------------------------	-------	-------



Gwee's Integrated Health
Integrated Health Solutions

Consentimiento para el transporte

I _____ (Nombre del cliente) doy permiso para ser transportado por Gwee's Integrated Health según sea necesario durante la prestación de mis servicios terapéuticos. Entiendo que existen riesgos inherentes como demoras de tránsito, accidentes, etc. y reconozco y acepto ese riesgo con respecto a ser transportado por el antes mencionado.

Nombre de impresión del cliente

Firma

Fecha

Comunicado de prensa

☐ SÍ ☐ NO Doy permiso al personal de Integrated Health Media de Gwee para Fotografiarme a mí mismo/mi juventud.

☐ SÍ ☐ NO Le doy al personal de medios de Integrated Health de Gwee permiso para compartir fotografías/videos míos en páginas de extensión comunitaria como Facebook, Twitter e Instagram.

☐ SÍ ☐ NO Entiendo que no hay ganancias monetarias asociadas con mis fotografías/videos míos.

Nombre de impresión del cliente

Firma

Fecha

Aviso de Cámaras de Seguridad

Entiendo que las instalaciones de Integrated Health de Gwee tienen cámaras de seguridad en todas las instalaciones en las áreas comunes por motivos de seguridad. Entiendo que el personal administrativo puede revisar estas cámaras en cualquier momento. Al firmar a continuación, afirmo que me han notificado sobre las cámaras de seguridad y su propósito en lo que respecta a esta instalación.

Nombre de impresión del cliente

Firma

Fecha



Página de firma

Al poner sus iniciales y firmar a continuación, confirma que ha leído y acepta los consentimientos a continuación. Puede solicitar una copia impresa de cada uno de los consentimientos al administrador del programa. Por favor ponga sus iniciales al lado de cada consentimiento y firme su nombre en la parte inferior.

_____ Responsabilidad financiera y acuerdo
(Iniciales)

_____ Acuerdo de política y consentimiento de HIPAA
(Iniciales)

_____ Política y procedimiento de quejas
(Iniciales)

_____ Derechos y responsabilidades del cliente
(Iniciales)

_____ Acuerdo de confidencialidad/privacidad
(Iniciales)

Nombre de impresión del cliente

Firma

Fecha

Nombre de impresión del cliente

Firma

Fecha