



**Integrated Primary Care &
Psych Mental Health**

4300 N University Dr. Bldg. C Suite 103, Sunrise FL 33351

Phone # (954)478-5763

Fax # (954)901-2713

E-mail: integratedpmh@gmail.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NUMERO DE TELÉFONO PRIMARIO _____ CELULAR: _____

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA: _____

RAZA: ____ ETNIA: _____ GENERO ____ IDIOMA PREFERIDO: _____

ESTADO CIVIL: ____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA FARMACIA: _____

REFERIDO POR : _____ TELÉFONO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ Tel: _____

SEGURO PRIMARIO: _____

ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACIÓN: _____

NUMERO DE PÓLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACIÓN _____

NUMERO DE PÓLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

TENGA EN CUENTA QUE SU SEGURO NO TIENE PAGO GARANTIZADO; SE TOMARÁ UNA DECISIÓN AL RECIBIR EL RECLAMO. SI SU SEGURO NEGA EL PAGO DE LOS SERVICIOS QUE SE LE PRESTA, ES SU RESPONSABILIDAD PAGAR CUALQUIER SALDO RESTANTE.

LOS CO-PAGOS O DEDUCIBLES SERÁN RECOGIDOS EN EL MOMENTO DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SIN EXCEPCIONES.

FIRMA DEL TUTOR LEGAL O DEL PACIENTE

FECHA



Integrated Primary Care & Psych Mental Health

4300 N University Dr. Bldg. C Suite 103, Sunrise FL 33351

Phone # (954)478-5763

Fax # (954)901-2713

E-mail: integratedpmh@gmail.com

HIPAA Regla De Privacidad Formulario De Recibo De Notificación De Prácticas De Privacidad

Yo, _____ (Nombre del paciente) Entiendo que, como parte de mi atención médica, este centro genera y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y cualquier plan para la atención o el tratamiento futuros. Reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad de esta instalación proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información médica. Entiendo que:

- Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de la instalación antes de firmar este reconocimiento.
- Esta instalación se reserva el derecho de cambiar su Aviso de prácticas de privacidad y antes de la implementación de este enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que proporcioné si así lo solicito.

_____/_____/_____
 Nombre impreso del paciente/Representante legal Relación con el paciente Fecha

_____/_____/_____
 Nombre impreso del paciente/Representante legal Relación con el paciente Fecha

FOR OFFICE USE ONLY	
We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but it could not be obtained because:	
<input type="checkbox"/>	Individual refused to sign
<input type="checkbox"/>	Communication barrier prohibited obtaining the acknowledgement
<input type="checkbox"/>	An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
<input type="checkbox"/>	Others (please specify): _____
_____ Office Staff Signature	_____ Date



**Integrated Primary Care &
Psych Mental Health**

4300 N University Dr. Bldg. C Suite 103, Sunrise FL 33351

Phone # (954)478-5763

Fax # (954)901-2713

E-mail: integratedpmh@gmail.com

Consentimiento informado para el tratamiento en adultos y menores

Integrated primary care & Psychiatric Mental health garantiza que se respeten los derechos de todas las personas con respecto a los requisitos de consentimiento para el examen físico y el tratamiento con medicamentos, incluidos los psicotrópicos en el tratamiento de los trastornos mentales. Los requisitos de consentimiento médico informado se describen y se llevan a cabo de conformidad con **Florida Statute 765.106, 766.103**

DEFINICIONES:

Consentimiento informado: Permiso otorgado por un consumidor de atención médica con pleno conocimiento de los riesgos y beneficios de recibir tratamiento, incluido tomar un medicamento, comprender los posibles efectos secundarios, tratamientos alternativos y riesgo de no uso. El consentimiento es voluntario y puede retirarse en cualquier momento.

Medicación psicotrópica: medicamentos administrados con el propósito de afectar el sistema nervioso central para tratar trastornos o enfermedades psiquiátricas. Estos medicamentos incluyen, entre otros, agentes ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, medicamentos antipsicóticos, agentes anti-Parkinson, hipnóticos, medicamentos para la demencia y psicoestimulantes, y medicamentos utilizados para los efectos secundarios causados por medicamentos psicotrópicos.

Agentes ansiolíticos: Medicamentos utilizados para tratar los síntomas de la ansiedad aguda.

Antidepresivos: Medicamentos que tratan la depresión y mejoran los síntomas.

Estabilizadores del estado de ánimo: Medicamentos que se utilizan para nivelar los cambios de humor que experimenta una persona con trastorno bipolar.

Medicamentos antipsicóticos: Clase de medicamentos que se utilizan para tratar la psicosis y otras afecciones mentales y emocionales.

Hipnóticos: Medicamentos recetados para el insomnio. Psicoestimulante: medicamento que se usa para mejorar la concentración y el control de los impulsos en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Proveedor de atención sanitaria: Según las regulaciones federales, un "proveedor de atención médica" se define como: un médico en medicina u osteopatía, podólogo, dentista, quiropráctico, psicólogo clínico, optometrista, enfermero practicante, enfermero-partera o trabajador social clínico autorizado para ejercer por el Estado y desempeñándose dentro del alcance de su práctica según lo definido por la ley estatal.

Yo _____ acepto voluntariamente participar en sesiones de tratamiento y / o consiento la participación de mi hijo en el tratamiento.

Entiendo que estas sesiones son confidenciales y que el proveedor de atención médica mantendrá la confidencialidad de todo lo que diga el cliente con las siguientes excepciones:

1. El cliente da su consentimiento por escrito al proveedor de atención médica para comunicarse con otra persona..
2. El proveedor de atención médica determina que el cliente está en peligro para sí mismo o para los demás.
3. La ley requiere la divulgación, como en el caso de abuso de menores o ancianos, o cuando un tribunal ordena que divulgue dicha información.
4. Información compartida entre los proveedores de atención médica involucrados en la atención del cliente sobre su curso de atención o tratamiento.
5. Divulgación de información a la compañía de seguros del cliente para determinar los beneficios y asegurar el pago.

Yo _____ Entiendo que el tratamiento para la salud mental incluye el tratamiento con medicamentos y sesiones de asesoramiento.

Sesiones de consejería:

Entiendo que puede implicar el riesgo de recordar eventos dolorosos y puede despertar una intensa emoción de miedo o ira. También pueden surgir otros sentimientos de ansiedad, depresión, frustración, soledad o impotencia. Entiendo que los beneficios de la consejería pueden ser que podré manejar o lidiar mejor con la familia, los amigos y otras relaciones, así como otros aspectos de la vida social como el trabajo o la escuela. Es posible que tenga una mejor comprensión de las metas y los valores personales que podrían conducir al crecimiento personal. Sin embargo, entiendo que no hay garantía de resultados positivos.

Tratamiento con medicamentos:

Entiendo el diagnóstico, la naturaleza y el propósito del tratamiento propuesto, así como los riesgos y consecuencias del mismo. El proveedor de atención médica me ha explicado los efectos secundarios más comunes del tratamiento con medicamentos, y entiendo que pueden ocurrir otros efectos secundarios y que debo notificar de inmediato al proveedor de atención médica o a mi médico de cabecera sobre cualquier cambio inesperado en mi condición física o mental.

Entiendo que no me verán obligado a tomar este medicamento y que puedo dejar de tomarlo en cualquier momento. También entiendo que suspender el medicamento recetado sin consultar con el proveedor de atención médica que recetó el medicamento o con mi médico de cabecera podría hacer que mi afección mejore o empeore.

Se han respondido todas las preguntas que me preocupan especialmente y autorizo al médico a recetar el medicamento. Tomo esta decisión de aceptar el tratamiento farmacológico recomendado de forma voluntaria y sin coacción.

Firma del paciente _____

Fecha _____



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE SALUD DE TELE-HEALTH

Integrated Primary Care & Psych Mental Health proporciona servicios de salud teleconductual a clientes y familias para complementar las sesiones en persona, así como a clientes que de otro modo podrían tener barreras para recibir tratamiento en persona. En el caso de que usted (el cliente) y su familia, si corresponde, decidan utilizar los servicios de salud mental integrada de atención primaria y salud mental, este documento proporciona información sobre los servicios y actúa como un consentimiento informado para dichos servicios como se describe a continuación.

1. Integrated Primary Care & Psych Mental Health utiliza videoconferencias seguras para los servicios de salud a distancia del comportamiento de los clientes. Las videoconferencias seguras utilizan comunicación de audio y video en tiempo real entre el cliente y el personal del proveedor de atención primaria integrada y salud mental que se encuentran en diferentes ubicaciones físicas.
2. El cliente debe tener lo siguiente disponible para poder participar en los servicios de salud a distancia:
 - a. Una computadora, tableta o dispositivo móvil con:
 - I. conexión a Internet
 - II. Webcam, suficiente para incluir video a cualquier persona en la sesión
 - III. Micrófono, suficiente para incluir audio para cualquier persona en la sesión
 - b. Ubicación privada y segura, que le permite separarse de las distracciones y de cualquier persona que no participe en la sesión y que pueda escuchar.
3. Integrated Primary Care & Psych Mental Health usa Zoom (www.zoom.us) para videoconferencias seguras. Zoom cumple con HIPAA y es fácil de usar. Se puede acceder al programa Zoom a través de un navegador web en su computadora o una aplicación gratuita para descargar en dispositivos móviles. Cuando programe un servicio de Tele-Salud del Comportamiento, recibirá una invitación de Zoom y un enlace a la "Reunión de Zoom" para su sesión programada de Tele-Salud del Comportamiento. También se incluyen en la invitación de Zoom los números de contacto que se pueden utilizar en caso de dificultades técnicas. En el momento de su sesión programada de salud teleconductual, su terapeuta iniciará la sesión.
4. En caso de desconexión, interrupción u otras dificultades técnicas, debe intentar volver a conectarse a la videoconferencia segura "Reunión de Zoom" a través de la invitación de Zoom. Si la reconexión no es posible, debe esperar el contacto de su terapeuta en su número de teléfono de contacto designado para resolver problemas de conectividad de Zoom y / o reprogramar la sesión. En caso de que su terapeuta no se comunique con usted dentro de los diez (10) minutos, puede llamar a los números de contacto proporcionados dentro de la invitación para recibir apoyo y / o reprogramar la sesión.
5. La conveniencia de los servicios de Tele-Salud del Comportamiento junto con nuestras tendencias a realizar múltiples tareas mientras nos comunicamos a través de la tecnología a menudo llevan a los clientes a ver las sesiones de Tele-Salud del Comportamiento de manera diferente a los servicios en persona (por ejemplo, tratar de hacer su sesión "sobre la marcha" haciendo otras cosas). Acercarse a los servicios de Tele-Salud del Comportamiento de esta manera frecuentemente conduce a distracciones, interrupciones durante las sesiones, pérdida de privacidad y una reducción general de la eficiencia de los servicios. Es muy importante que trate sus servicios de salud a distancia del comportamiento de la misma manera que en una sesión en persona. Eso significa que tendrá que estar en un lugar tranquilo y privado, libre de distracciones e interrupciones. Si en el momento de su sesión, su terapeuta descubre que usted no se encuentra en un lugar adecuado para el servicio de salud teleconductual, su terapeuta puede optar por no continuar la sesión y reprogramarla.
6. Integrated Primary Care & Psych Mental Health El personal / terapeutas del proveedor solo pueden llevar a cabo servicios de salud teleconductual a través de una computadora / computadora portátil provista y aprobada por la agencia utilizando videoconferencia segura de Zoom. El personal / terapeuta del proveedor de atención primaria integrada y salud psiquiátrica no puede utilizar otras aplicaciones o métodos (por ejemplo, Skype, FaceTime, etc.) ya que estos no cumplen con los criterios requeridos para la agencia y el cumplimiento de HIPAA.



Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Al firmar a continuación, yo y / o mi tutor legal, damos mi consentimiento para participar en los servicios integrados de atención primaria y salud psiquiátrica y salud mental. Los servicios de Tele-Salud del Comportamiento incluyen el uso de videoconferencias seguras para permitir que el personal / terapeuta de mi proveedor de Atención Primaria Integrada y Salud Psiquiátrica Mental diagnostique, consulte, brinde intervención terapéutica y asesoramiento para el propósito de mi tratamiento (el del cliente). Yo y / o mi tutor legal hemos leído y entendido este Consentimiento informado para servicios de salud a distancia, incluida la siguiente información:

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE SALUD DE TELE -COMPORTAMIENTO

1. Tengo derecho a la confidencialidad con los servicios de salud teleconductual bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI) para los servicios terapéuticos en persona, como se indica en el Consentimiento para tratamiento de atención primaria integrada y salud mental psicológica.
 - a. Esto incluye las excepciones a la confidencialidad relacionadas con el reporte obligatorio de abuso y / o negligencia, situación de emergencia / crisis y / o para cooperar con una investigación legal.
2. Entiendo que si bien se ha encontrado que los tratamientos terapéuticos de salud conductual de varios tipos son efectivos para tratar una amplia gama de afecciones de salud mental y / o uso de sustancias, no hay garantía de que todos los tratamientos para todos los clientes sean efectivos, esto incluye Servicios de salud.
3. Doy permiso y autorizo a Integrated Primary Care & Psych Mental Health a grabar en audio / video mis sesiones de terapia de Tele -Behavioral Health con el propósito limitado de supervisión y monitoreo de fidelidad al modelo de tratamiento basado en evidencia que el Integrated Primary Care & Psicoterapeuta de Salud Mental.
 - a. Entiendo que Integrated Primary Care & Psych Mental Health utiliza modelos de tratamiento basados en la evidencia de las mejores prácticas para los servicios terapéuticos, muchos de los cuales requieren un monitoreo de fidelidad para garantizar el cumplimiento del modelo de tratamiento. Además, entiendo que algunos modelos de tratamiento basados en evidencia utilizados por Integrated Primary Care & Psych Mental Health utilizan cintas de audio / video de las sesiones de terapia como parte del proceso de monitoreo y supervisión de fidelidad.
 - b. En el caso de que se grabe una sesión de terapia de salud teleconductual, entiendo que el personal / terapeuta del proveedor de atención primaria integrada y salud psiquiátrica le informará al cliente y a cualquier persona que participe en la sesión que la sesión se grabará ANTES de comenzar a grabar. / Grabe en video la sesión de Tele -Salud del Comportamiento.
 - c. Entiendo que las grabaciones de audio / video pueden ser revisadas por supervisores clínicos del personal / terapeuta del proveedor de atención primaria integrada y salud mental psiquiátrica para garantizar un tratamiento de calidad y adherencia al modelo de tratamiento. Entiendo que las grabaciones de audio / video se borrarán inmediatamente después de la revisión de supervisión / evaluación. Además, entiendo que todos los supervisores / personal clínico que puedan revisar las sesiones grabadas en cinta de audio / video deben cumplir con todas las pautas éticas y leyes, que incluyen el estricto mantenimiento de la confidencialidad.
4. Entiendo que los servicios de Tele-Salud del Comportamiento tienen riesgos únicos y específicos, que incluyen, entre otros, la posibilidad de que las sesiones de Tele-Salud del Comportamiento puedan verse interrumpidas o distorsionadas por fallas técnicas, o que puedan ser interrumpidas o que personas no autorizadas puedan acceder a ellas. Integrated Primary Care & Psych Mental Health utiliza métodos que cumplen con HIPAA para los servicios de Tele -Salud del Comportamiento. Sin embargo, ningún uso de la tecnología puede protegerse al 100%. También entiendo que la confidencialidad de cualquier sesión de videoconferencia segura dentro de mi entorno (el del cliente), como permitir el acceso de personas no autorizadas a cualquier parte de la sesión, es mi responsabilidad y no la responsabilidad de Integrated Primary Care & Psych Mental Health.
5. Entiendo que el personal / terapeuta de mi proveedor de Chrysalis no puede brindar servicios de emergencia a través de TeleBehavioral Health. El personal / terapeuta de mi proveedor de atención primaria integrada y salud psiquiátrica mental y yo determinaremos un plan de emergencia / crisis al inicio de los servicios de salud teleconductual. En caso de una emergencia / crisis, entiendo que me comunicaré con el 911 y / o me dirigiré a la sala de emergencias del hospital más cercano. Si no puedo confirmar el contacto con el 911, el personal / terapeuta de mi proveedor de atención primaria integrada y salud mental psicológica puede comunicarse con el 911 para iniciar servicios de emergencia.



**Integrated Primary Care &
Psych Mental Health**

4300 N. University Dr. Bldg. C Suite 103, Sunrise FL 33351
Phone # (954)478-5763
Fax # (954)901-2713
E-mail: integratedpmh@gmail.com

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

6. Entiendo que si el personal / terapeuta de mi proveedor de atención primaria integrada y salud psiquiátrica o yo determina mos que los servicios de salud teleconductual no son, o ya no son, una intervención adecuada para mí, es posible que se hagan recomendaciones y / o referencias para servicios en persona. hecho.

7. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento en la medida en que Integrated Primary Care & Psych Mental Health no haya tomado medidas al respecto. Cuando y si revoco mi consentimiento, acepto enviar el escrito a la atención del "Oficial de Privacidad". Entiendo que si elijo no revocar este consentimiento, este consentimiento será válido durante toda la duración de mi tratamiento y / o servicios.

Firma del paciente o tutor, si corresponde

Imprimir nombre

Fecha

Firma del paciente o tutor, si corresponde

Imprimir nombre

Fecha



Integrated Primary Care &
Psych Mental Health

4300 N University Dr. Bldg. C Suite 103, Sunrise FL 33351

Phone # (954)478-5763

Fax # (954)901-2713

E-mail: integratedpmh@gmail.com

Póliza de oficina

Esta oficina se reserva el derecho de cobrar por las citas no presentadas. Se advierte que las cancelaciones requieren un aviso que las cancelaciones requieren un aviso **mínimo de 24 horas**. Las cancelaciones tardías se cargan a **\$60.00**

Si no se presenta a la cita, **un cargo AUTOMÁTICO de \$60.00** se aplicaría a su cuenta. El pago es responsabilidad del paciente, las compañías de seguros no reembolsan las cancelaciones tardías o no presentadas.

En caso que no se presente a la cita 3 veces consecutivas, sera dado de alta de nuestra atención.

Al firmar a continuación, ha leído y entendido las pólizas de nuestra oficina.

Escriba el nombre del paciente

Fecha

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha



Integrated Primary Care & Psych Mental Health

4300 N. University Dr. Bldg. C Suite 103, Sunrise FL 33351

Phone # (954)478-5763

Fax # (954)901-2713

E-mail: integratedpmh@gmail.com

Autorización de pago

Firme y complete este formulario para autorizar Integrated Primary Care & Psych Mental Health para realizar un débito en la tarjeta de crédito que se indica a continuación

Por favor complete la siguiente información:

Yo _____ autorizo a Integrated Primary Care & Psych Mental Health a cobrar mi
(nombre completo)

cuenta de tarjeta de crédito que se indica a continuación para los servicios prestados por un proveedor de atención médica en esta ubicación, o por faltar a una cita programada sin dar un aviso de 24 horas según la políza de la oficina.

Dirección de Envío _____

Teléfono# _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Correo electrónico _____

Tipo de cuenta: Visa MasterCard AMEX Discover

Nombre del titular de la tarjeta _____

Número de tarjeta _____

Fecha de vencimiento _____

CVV2 (Número de 3 dígitos en la parte posterior de Visa/MC, 4 dígitos al frente de AMEX) _____

FIRMA _____

FECHA _____

Autorizo a la empresa mencionada anteriormente a cargar la tarjeta de crédito indicada en este formulario de autorización de acuerdo con los términos descritos sobre. Esta autorización de pago es para los servicios / tarifas descritos anteriormente.
Certifico que soy un usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con mi tarjeta de crédito.
Siempre que la transacción corresponda a los términos indicados en este formulario.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos. el que mejor refleje su opinión.

1.
 - 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - 3 Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - 0 No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - 1 Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 - 3 Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3.
 - 0 No creo que soy un fracaso.
 - 1 Creo que e fracasado mas que cualquier persona normal.
 - 2 Al recordar mi vida pasada, lo único que puedo ver son fracasos.
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - 0 Obtengo la misma satisfacción de las cosas como solía obtener antes.
 - 1 No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo.
 - 2 Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - 2 Me siento culpable casi siempre.
 - 3 Me siento culpable siempre.
6.
 - 0 No creo que este siendo castigado.
 - 1 Creo que puedo ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - 0 No me siento decepcionado de mi mismo.
 - 1 Me e decepcionado a mi mismo.
 - 2 Estoy disgustado connigo mismo.
 - 3 Me odio.
8.
 - 0 No creo ser peor que los demás.
 - 1 Me critico por mis debilidades o errores.
 - 2 Me culpo siempre por mis errores.
 - 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - 0 No pienso en matarme.
 - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - 2 Me gustaría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

- 10.
- 0 No lloro mas de lo de costumbre.
 - 1 Ahora lloro mas de lo que solía hacer.
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 - 3 quisiera poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quisiera.
- 11.
- 0 Las cosas no me irritan mas que de costumbre.
 - 1 Las cosas me irritan mas que de costumbre.
 - 2 Estoy bastante irritado o ofendido una buena parte del tiempo.
 - 3 Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- 0 No he perdido el interés por otras cosas.
 - 1 Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - 2 He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - 3 He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- 0 Tomo buenas decisiones casi siempre.
 - 1 Pospongo la toma de decisiones más de lo que solía.
 - 2 Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.
 - 3 Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- 0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - 1 Me preocupa el, echo de verme viejo o poco atractivo.
 - 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen poco atractivo\.
 - 3 Creo que me veo feo.
- 15.
- 0 Puedo trabajar igual que antes.
 - 1 Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - 3 No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- 0 Puedo dormir igual que siempre.
 - 1 No puedo dormir tan bien coma solía.
 - 2 Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- 0 No me canso mas; que de costumbre .
 - 1 Me canso mas fácilmente que de costumbre.
 - 2 Me canso sin hacer nada.
 - 3 Estoy demasiado cansado coma para hacer algo.
- 18.
- 0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - 1 Mi apetito no es tan bueno como solía.
 - 2 Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - 3 Ya no tengo apetito.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

19.

- 0 No he perdido mucho peso últimamente.
- 1 He rebajado mas de dos kilos y medio.
- 2 He rebajado mas de cinco kilos.
- 3 He rebajado mas de siete kilos y medio.

20.

- 0 No me preocupo por mi salud mas que de costumbre.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estrellamiento.
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.

- 0 No he notado cambio alguno en mi interés por tener sexo.
- 1 Estoy menos interesado en tener sexo de lo que solía.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en tener sexo.
- 3 He perdido por completo el interés en tener sexo.

INTERPRETACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN BECK

Ahora que ha completado el cuestionario, sume la puntuación de cada una de las veintiuna preguntas contando el número a la derecha de cada pregunta que marcó. El total más alto posible para toda la prueba sería sesenta y tres. Esto significaría que marcó con un círculo el número tres en las veintiuna preguntas. Dado que la puntuación más baja posible para cada pregunta es cero, la puntuación más baja posible para la prueba sería cero. Esto significaría que marca un cero en cada pregunta. Puede evaluar su depresión de acuerdo con la siguiente tabla.

Puntaje total _____ Niveles de depresión

1-10	Estos altibajos se consideran normales
11-16	Alteración leve del estado de ánimo
17-20	Depresión clínica límite
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión severa
over 40	Depresión extrema

Beck Inventario De Ansiedad (BAI)

A continuación se muestra una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea atentamente cada elemento de la lista. Indique cuánto le ha molestado ese síntoma durante el mes pasado, incluido el día de hoy, encerrando en un círculo el número en el espacio correspondiente en la columna junto a cada síntoma.

	Para nada	Suavemente, pero no me molestó mucho	Moderadamente no fue agradable a veces	Severamente me molestó un montón
Entumecimiento u hormigueo	0	1	2	3
Sensación de calor	0	1	2	3
Temblores en las piernas	0	1	2	3
Incapaz de relajarse	0	1	2	3
Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
Mareado/a o aturdido/a	0	1	2	3
Corazón palpitante / acelerado	0	1	2	3
Inestable	0	1	2	3
Aterrorizado/a o asustado/a	0	1	2	3
Nervioso/a	0	1	2	3
Sensación de asfixia	0	1	2	3
Manos temblorosas	0	1	2	3
Tembloroso / inestable	0	1	2	3
Miedo a perder el control	0	1	2	3
Dificultad para respirar	0	1	2	3
Miedo a morir	0	1	2	3
Asustado/a	0	1	2	3
Indigestión	0	1	2	3
Débil / aturdido/a	0	1	2	3
Cara enrojecida	0	1	2	3
Sudores fríos / calientes	0	1	2	3

ADHD Escala de autoinforme (ASRS-v1.1) Lista de verificación de síntomas

Nombre del paciente		Fecha					
Responda las preguntas a continuación y califíquese en cada uno de los criterios que se muestran utilizando el escala en el lado derecho de la página. A medida que responda a cada pregunta, coloque una X en el cuadro que describe mejor cómo se ha sentido y se ha comportado durante los últimos 6 meses. Por favor da esta lista de verificación completa a su profesional de la salud para discutir durante el día de hoy cita.			Nunca	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para concluir los detalles finales de un proyecto, una vez que se hayan hecho las partes desafiantes?							
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para poner las cosas en orden cuando tiene que hacerlo? una tarea que requiere organización?							
3. ¿Con frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?							
4. Cuando tiene una tarea que requiere mucha reflexión, ¿con qué frecuencia evita o retrasar la puesta en marcha?							
5. ¿Con qué frecuencia se mueve o se retuerce con las manos o los pies cuando tiene sentarse durante mucho tiempo?							
6. ¿Con qué frecuencia se siente demasiado activo y obligado a hacer cosas como usted? fueron impulsados por un motor?							
Parte A							
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en una tarea aburrida o proyecto difícil?							
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener su atención cuando está haciendo actividades aburridas? o trabajo repetitivo?							
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice? incluso cuando te están hablando directamente?							
10. ¿Con qué frecuencia extravía o tiene dificultades para encontrar cosas en casa o en el trabajo?							
11. ¿Con qué frecuencia se distrae con la actividad o el ruido a su alrededor?							
12. ¿Con qué frecuencia abandona su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado?							
13. ¿Con qué frecuencia te sientes inquieto o inquieto?							
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para relajarse y descansar cuando tiene tiempo? ¿a ti mismo?							
15. ¿Con qué frecuencia te encuentras hablando demasiado cuando estás en situaciones sociales?							
16. Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia terminas las oraciones de las personas con las que está hablando, antes de que puedan terminar ellos mismos?							
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para esperar su turno en situaciones en las que ¿Se requiere tomar turnos?							
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a los demás cuando están ocupados?							
Parte B							

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha estado
¿Le molesta alguno de los siguientes problemas?

use "n" para indicar su respuesta)

	Para nada	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. 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 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. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían Haber notado. O el contrario es tan figety o inquieto que te has estado moviendo mucho más que de costumbre	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto, o de lastimarse	0	1	2	3

agregar columnas

+ +

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

TOTAL:

10. Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil
¿Tienes estos problemas hechos para que los hagas?
su trabajo, cuidar las cosas en casa, o conseguir
junto con otras personas?

Nada difícil _____

Algo difícil _____

Muy difícil _____

Extremadamente difícil _____

Formulario de admisión de salud mental

Complete toda la información de este formulario y tráigalo a la primera visita. Puede parecer largo, pero la mayoría de las preguntas solo requieren una verificación, por lo que se resolverá rápidamente. Es posible que deba preguntar a los miembros de la familia sobre la familia. historia.

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Médico de atención primaria _____

¿Da permiso para que se proporcionen actualizaciones periódicas continuas a su médico de atención primaria? _____

Terapeuta actual _____ Teléfono del terapeuta _____

¿Cuáles son los problemas para los que busca ayuda?

1. _____
2. _____
3. _____

¿Cuáles son sus objetivos de tratamiento?

Lista de verificación de síntomas actuales: (verifique una vez si hay algún síntoma presente, dos veces si hay síntomas importantes)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | <input type="checkbox"/> Preocupación excesiva |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de disfrutar de las actividades | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Ataques de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Alteración del patrón de sueño | <input type="checkbox"/> Incrementar el comportamiento de riesgo | <input type="checkbox"/> Evitación |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de interés | <input type="checkbox"/> Aumento de la libido | <input type="checkbox"/> Alucinaciones |
| <input type="checkbox"/> Concentración/olvido | <input type="checkbox"/> Disminuir la necesidad de dormir. | <input type="checkbox"/> Recelo |
| <input type="checkbox"/> Cambio de apetito | <input type="checkbox"/> Energía excesiva | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Culpa excesiva | <input type="checkbox"/> Mayor irritabilidad | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | |
| <input type="checkbox"/> Disminución de la libido | | |

Evaluación del riesgo de suicidio

¿Alguna vez ha tenido sentimientos o pensamientos que no quería vivir? () Sí () No.

En caso afirmativo, responda lo siguiente. Si la respuesta es NO, pase a la siguiente sección.

¿Sientes **actualmente** que no quieres vivir? () Sí () No

¿Con qué frecuencia tienes estos pensamientos? _____

¿Cuándo fue la última vez que pensó en morir? _____

¿Ha sucedido algo recientemente que te haga sentir así? _____

En una escala del 1 al 10, (diez es el más fuerte) ¿qué tan fuerte es su deseo de suicidarse actualmente? _____

¿Algo lo haría mejor? _____

¿Alguna vez has pensado en cómo te suicidarías? _____

¿Está disponible el método que utilizaría? _____

¿Has planeado un tiempo para esto? _____

¿Hay algo que le impida suicidarse? _____

¿Te sientes desesperado/a y/o sin valor? _____

¿Alguna vez ha intentado suicidarse o hacerse daño? _____

¿Tienes acceso a armas? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

Nombre: _____ **FECHA:** _____

Historia médica pasada:

Alergias _____ **Peso actual** _____ **Altura** _____

Enumere TODOS los medicamentos recetados actuales y la frecuencia con la que los toma: (si no tiene ninguno, escriba ninguno)

Nombre de la medicación	Dosis diaria total	Fecha estimada de inicio
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamentos o suplementos actuales de venta libre: _____

Problemas médicos actuales: _____

Problemas médicos pasados, hospitalización no psiquiátrica o cirugías: _____

¿Alguna vez le hicieron un electrocardiograma? () Si () No Si sí, cuándo _____ .

¿Fue el electrocardiograma () normal () anormal o () desconocido?

Solo para mujeres: Fecha de la última menstruación _____ ¿Está embarazada actualmente o cree que podría estar embarazada? () Si () No. ¿Está planeando quedar embarazada en un futuro próximo? () Si () No
Método anticonceptivo _____

¿Cuántas veces has estado embarazada? _____ ¿Cuántos nacimientos vivos? _____

¿Tiene alguna inquietud sobre su salud física que le gustaría discutir con nosotros? () Si () No

Fecha y lugar del último examen físico: _____

Historial médico personal y familiar:

	Tú	Familia	¿Qué miembro de la familia?
Enfermedad de tiroides -----	()	()	_____
Anemia-----	()	()	_____
Enfermedad del hígado -----	()	()	_____
Fatiga crónica-----	()	()	_____
Enfermedad del riñón-----	()	()	_____
Diabetes-----	()	()	_____
Asma/problemas respiratorios -----	()	()	_____
Problemas de estómago o intestinales —	()	()	_____
Cáncer (tipo) -----	()	()	_____
Fibromialgia-----	()	()	_____
Enfermedad del corazón -----	()	()	_____
Epilepsia o convulsiones-----	()	()	_____
Dolor crónico -----	()	()	_____
Colesterol alto-----	()	()	_____
Alta presión sanguínea-----	()	()	_____
Trauma de la cabeza -----	()	()	_____
Problemas de hígado-----	()	()	_____
Otro-----	()	()	_____

Nombre: _____

FECHA: _____

Medicamentos psiquiátricos anteriores (continuación)

Antipsicóticos / Estabilizadores del estado de ánimo Fechas Dosis Respuesta / efectos secundarios

Seroquel (quetiapine) _____

Zyprexa (olanzepine) _____

Geodon (ziprasidone) _____

Abilify (aripiprazole) _____

Clozaril (clozapine) _____

Haldol (haloperidol) _____

Prolixin (fluphenazine) _____

Risperdal (risperidone) _____

Otro _____

Hipnóticos sedantes

Ambien (zolpidem) _____

Sonata (zaleplon) _____

Rozerem (ramelteon) _____

Restoril (temazepam) _____

Desyrel (trazodone) _____

Otro _____

Medicamentos para el TDAH

Adderall (amphetamine) _____

Concerta (methylphenidate) _____

Ritalin (methylphenidate) _____

Strattera (atomoxetine) _____

Otro _____

Medicamentos contra la ansiedad

Xanax (alprazolam) _____

Ativan (lorazepam) _____

Klonopin (clonazepam) _____

Valium (diazepam) _____

Tranxene (clorazepate) _____

Buspar (buspirone) _____

Otro _____

Tu nivel de ejercicio:

¿Haces ejercicio con regularidad? () Si () No

¿Cuántos días a la semana haces ejercicio? _____

¿Cuánto tiempo hace ejercicio al día? _____

¿Qué tipo de ejercicio haces? _____

Historia psiquiátrica familiar:

¿Alguien de su familia ha sido diagnosticado o tratado por:

Trastorno bipolar () Si () No Esquizofrenia () Si () No

Depresión () Si () No Estrés post traumático () Si () No

Ansiedad () Si () No Abuso de alcohol () Si () No

Enojo () Si () No Abuso de otras sustancias () Si () No

Suicidio () Si () No Violencia () Si () No

Si es así, ¿quién tuvo cada problema? _____

¿Algún miembro de la familia ha sido tratado con medicación psiquiátrica? () Si () No Si es así, ¿quién fue tratado, qué medicamentos tomaron y qué tan efectivo fue el tratamiento? _____

Nombre: _____ **FECHA:** _____

Uso de sustancias:

¿Alguna vez ha recibido tratamiento por uso o abuso de alcohol o drogas? () Si () No

En caso afirmativo, ¿para qué sustancias? _____

Si es así, ¿dónde fue tratado y cuándo? _____

¿Cuántos días a la semana bebe alcohol? _____

¿Cuál es la menor cantidad de tragos que beberá en un día? _____

¿Cuál es la mayor cantidad de bebidas que beberá en un día? _____

En los últimos tres meses, ¿cuál es la mayor cantidad de bebidas alcohólicas que ha consumido en un día? _____

¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o drogas? () Si () No

¿Te ha molestado la gente al criticar tu consumo de alcohol o drogas? () Si () No

¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas? () Si () No

¿Alguna vez ha bebido o consumido drogas a primera hora de la mañana para calmar los nervios o para deshacerse de la resaca? () Si () No

¿Cree que puede tener un problema con el consumo de alcohol o drogas? () Si () No

¿Ha consumido drogas ilegales en los últimos 3 meses? () Si () No

Si es así, ¿cuáles? _____

¿Alguna vez ha abusado de medicamentos recetados? () Si () No

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

Compruebe si alguna vez ha probado lo siguiente:

	Si	No	En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo y cuándo lo usó por última vez?
Metanfetamina	()	()	_____
Cocaína	()	()	_____
Estimulantes (pastillas)	()	()	_____
Heroína	()	()	_____
LSD o alucinógenos	()	()	_____
Marijuana	()	()	_____
Analgésicos (no según lo prescrito)	()	()	_____
Metadona	()	()	_____
Tranquilizantes/ pastillas para dormir	()	()	_____
Alcohol	()	()	_____
Éxtasis	()	()	_____
Otro	()	()	_____

¿Cuántas bebidas con cafeína toma al día? Café _____ Gaseosas _____ Té _____

Historia del tabaco:

¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? () Si () No

¿Actualmente?()Si()No ¿Cuántos paquetes por día en promedio? _____ ¿Cuántos años? _____

¿En el pasado?()Si()No ¿Cuántos años fumaste? _____ ¿Cuándo lo dejaste? _____

Pipa, cigarros o tabaco de mascar:¿Actualmente? ()Si()No ¿En el pasado?()Si () No

¿Que tipo? _____ ¿Con qué frecuencia al día en promedio? _____ ¿Cuántos años? _____

Antecedentes familiares e historia de la niñez:

¿Fuiste adoptado? () Si () No ¿Dónde creciste? _____

Enumera a tus hermanos y sus edades: _____

¿Cuál era la ocupación de tu padre? _____

¿Cuál era la ocupación de tu madre? _____

¿Se divorciaron tus padres? () Si () No Si es así, ¿qué edad tenías cuando se divorciaron? _____

Si tus padres se divorciaron, ¿con quién vivías? _____

Describe a tu padre y tu relación con él: _____

Describe a tu madre y tu relación con ella: _____

¿Qué edad tenías cuando te fuiste de casa? _____

¿Ha muerto alguien de su familia inmediata? _____

Quien y cuando _____

Historia de trauma:

¿Tiene antecedentes de abuso emocional, sexual, físico o por negligencia? () Si () No.

Describe cuándo, dónde y quién: _____

Historia educacional:

¿Grado más alto completado? _____ ¿Dónde? _____

¿Fuiste a la universidad? _____ ¿Dónde? _____ ¿Importante? _____

¿Cuál es su nivel educativo o título más alto alcanzado? _____

Historia ocupacional:

Estas actualmente: () Trabajando () Alumno () Desempleado () Discapacitado () Retirado

¿Cuánto tiempo en la posición actual? _____

¿Cuál es / era su ocupación? _____

¿Donde trabajas? _____

¿Alguna vez ha servido en el ejército? _____ Si es así, ¿qué rama y cuándo? _____

Alta honorable () Si () No Otro tipo de descarga _____

Historial de relaciones y familia actual:

Estas actualmente: () Casado () Asociado () Divorciado () Soltero () Viudo

¿Cuánto tiempo? _____

Si no está casado, ¿está actualmente en una relación? () Si () No Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

¿Eres sexualmente activo? () Si () No

¿Cómo identificarías tu orientación sexual?

() heterosexual () homosexual () bisexual () transexual

() inseguro / cuestionando () asexual () otro () Prefiero no responder

¿Cuál es la ocupación de su cónyuge o pareja? _____

Describa su relación con su cónyuge o pareja: _____

¿Ha tenido matrimonios anteriores? () Si () No. Si es así, ¿cuántos? _____

¿Cuánto tiempo? _____

¿Tiene hijos? () Si () No En caso afirmativo, indique las edades y el sexo: _____

Describa su relación con sus hijos: _____

Enumere a todas las personas que actualmente viven con usted: _____

