

Client Chart Order Check List

- ☐ _____ Client Chart Billing Log (always on top)
- ☐ _____ Completed Treatment Plans and Signature Pages on first tab
(Treatment Advocate Forms with each Signature Page when applicable)

✓ Initial

- ☐ _____ Chart Order Check List
- ☐ _____ Referral Form
- ☐ _____ Client Handbook (given to client/guardian)
- ☐ _____ Consent for treatment
- ☐ _____ Consent to Bill Private Insurance (when applicable)
- ☐ _____ Release of Information (if applicable)
- ☐ _____ HIV Form
- ☐ _____ Client Orientation/Acknowledge Check List
- ☐ _____ Fee Schedule
- ☐ _____ Court Action Fee Agreement
- ☐ _____ Outpatient telehealth form

✓ Initial

- ☐ _____ Bio psychosocial Attestation (telehealth only)
- ☐ _____ Bio psychosocial Packet
- ☐ _____ Mental Status Exam
- ☐ _____ Screeners (Trauma, SI/Self-Harm, Depression, etc)
- ☐ _____ Transitional Plan
- ☐ _____ ACE Screener (for 18+)
- ☐ _____ Card Authorization Form (pull from chart/scan to TheraNest and shred) *Priv. Ins. Only

Other Forms:

- ☐ _____ Testing Reports
- ☐ _____ IEP/504 Plans or Attestations
- ☐ _____ Other: _____

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

PLAN DE TRANSICIÓN

Nombre del cliente _____ Seguro # _____ Fecha de admisión _____

¿Cómo sabrá que está a punto de completar los servicios y que está listo para realizar la transición a su comunidad? (se solicitará al cliente en el momento de la evaluación; se requiere cotización directa):

Debajo de esta línea para completar al momento del alta:

Progreso (En palabras del propio cliente): _____

Ganancias (En palabras del propio cliente): _____

Fortalezas/habilidades _____

Necesidades/responsabilidades _____

Problema que presenta (desde la admisión) _____

Los siguientes servicios de atención se han desarrollado con mi conocimiento y cooperación. mi respuesta respecto a estos planes es el siguiente: _____

Fuente de referencia: (Nombre, información de contacto, agencia, horario disponible)

Debajo de esta línea para completar al momento del alta:

 Firma del cliente (si es mayor de 12 años)

 Fecha

 Firma del tutor

 Fecha

 Firma del terapeuta y datos de credenciales

 Fecha

INTEGRATED THERAPY SOLUTIONS OF OKLAHOMA, LLC

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

1. Yo, nosotros (padre, tutor legal si corresponde) autorizo a **Integrated Therapy Solutions** of Oklahoma, LLC y los proveedores de salud mental y abuso de sustancias que me representan a administrarme tratamiento y a continuar dicho tratamiento según se considere profesionalmente necesario.
2. Autorizo/autorizamos el diagnóstico o tratamiento psiquiátrico o psicológico por parte de un médico, terapeuta y/o proveedor de salud mental autorizado por **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**. El tratamiento puede ser prestado a dicho cliente bajo el consentimiento general, específico o especial de **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se preste en el consultorio del psiquiatra, terapeuta o proveedor. Entiendo que este consentimiento se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico o tratamiento específico, pero se otorga para alentar y autorizar a esas personas (médicos, proveedores) a ejercer su criterio en cuanto a los requisitos de dicho diagnóstico o tratamiento psicoterapéutico.
3. Además, acepto participar activamente en el plan de tratamiento según lo prescrito por el equipo de tratamiento de **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC** mientras el cliente esté en tratamiento. Entiendo que dicho plan de tratamiento incluiría mi/nuestra participación en sesiones regulares de terapia familiar, individual o grupal, programadas de acuerdo con las pautas estatales, federales o de pago o de origen.
4. Nadie ha dado garantías ni seguridad sobre los resultados que puedan obtenerse.

Este consentimiento permanecerá vigente a partir de la fecha de admisión a **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a dicho médico, terapeuta o proveedor de **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**.

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

Entiendo/entendemos que **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC** brinda estos servicios independientemente de la capacidad de pago del cliente. Si puedo, acepto/aceptamos pagar cuando se presten y se cobren los servicios.

He leído el formulario de Consentimiento para el Tratamiento, comprendo todo su contenido y firmo aquí con mi/nuestro nombre de manera libre, voluntaria y sin coacción.

Acepto/Aceptamos dar aviso de cancelación con 24 horas de anticipación si no participo en los servicios planificados y comprendo que si no me presento constantemente a los servicios planificados, el personal de tratamiento puede revisar el plan de tratamiento para determinar la conveniencia de continuar con el tratamiento o darme de alta.

He/Hemos proporcionado la información en el Paquete de admisión inicial y, tras revisarlo, considero que es preciso según mi/nuestro entendimiento.

He leído y recibido los formularios de Aviso de prácticas de privacidad y esta información se ha analizado conmigo, y comprendo cómo se manejará y utilizará mi información médica a través de **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**.

He/Hemos leído y recibido el Formulario de política y procedimiento de quejas del cliente y lo he analizado, y comprendo que si tengo una queja, puedo presentar una queja ante el Oficial de quejas.

Firma del cliente (si tiene 14 años o más)

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del personal con credenciales

Fecha

INTEGRATED THERAPY SOLUTIONS OF OKLAHOMA, LLC

Divulgación de Información Confidencial

Entiendo que los registros médicos solicitados están protegidos por las leyes y regulaciones federales y estatales de confidencialidad y no pueden divulgarse sin mi consentimiento a menos que las regulaciones establezcan lo contrario. Las leyes y regulaciones estatales y federales prohíben cualquier divulgación adicional sin el consentimiento escrito específico del sujeto o según lo permita dicha regulación. También entiendo que la firma de este consentimiento puede revocarse (por escrito al coordinador del programa o su designado) en cualquier momento a menos que ya se hayan tomado medidas en base a ella y que, en cualquier caso, este consentimiento vence un año a partir de la fecha de la firma.

Yo, _____ solicito información sobre: _____
(Nombre de la parte solicitante) (Nombre del cliente)

Fecha de Nacimiento _____

Ser liberado y autorizado **desde:**

(Nombre/Agencia) (Dirección) (Ciudad, Estado, Código Postal)

Para intercambiar con: Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

La siguiente información escrita, verbal y/o electrónica - **incluyendo una descripción explícita de la información sobre el trastorno por consumo de sustancias que puede divulgarse:** (Tipo y/o alcance de la información que se divulgará)

Para ser liberado para el(los) siguiente(s) propósito(s): _____

Entiendo que la información que autorizo para divulgación puede incluir registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad transmisible o venérea, que puede incluir, entre otras, trastornos por uso o abuso de sustancias; enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). **Se me ha explicado el formulario de divulgación de información y he dado el consentimiento por mi propia voluntad.**

Se me ha explicado que mis servicios de tratamiento no dependen ni están influenciados por mi decisión con respecto a la divulgación de información.

(Firma del cliente o representante legalmente autorizado) Fecha

Solicito que este consentimiento de divulgación caduque el día de _____ Las iniciales del cliente/tutor _____

(Firma del personal que solicita la liberación) Fecha

Esta información le ha sido revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita de otro modo la 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

ORIENTACIÓN AL CLIENTE REVISIÓN Y RECONOCIMIENTO

Recibí el Manual del cliente de Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC y lo revisé con el asesor de admisión. Al poner mis iniciales a continuación, reconozco que revisé cada área a continuación y hice las preguntas necesarias para comprender completamente cada sección y tema a continuación.

(Ponga sus iniciales al lado de cada sección para agradecer)

Bienvenido a ITS-OK, LLC (p.2)	Política de privacidad de ITS-OK, LLC (págs. 12-15)
Descripciones de los servicios ofrecidos (p.8)	Lugares de educación y pruebas sobre VIH/SIDA ETS (p.18)
Normas de participación y programación (p.6)\	Procedimientos de evacuación de emergencia (pág. 11-12)
Confidencialidad de los registros (pág. 8)	Consentimiento para la encuesta de seguimiento/satisfacción (p.7)
Derechos del consumidor (pág. 3-6)	Política de quejas (p.6)
Estimación de buena fe (pág. 16-17)	Política de alta (p.10)

Consentimiento para el seguimiento

Yo, _____ (Paciente, Padre/Tutor legal si corresponde) autorizo a **Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC** a comunicarse conmigo por teléfono/correo/en persona con el propósito de evaluar el progreso del tratamiento, la satisfacción con el servicio y otra información que se considere necesaria para mejorar la calidad de la atención.

☐ SI ☐ NO

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

Acepto/Aceptamos notificar a la agencia con anticipación si no puedo asistir a una cita programada.

Acepto/Aceptamos notificar a la agencia sobre cualquier cambio en mi dirección o número de teléfono.

Entiendo/entendemos que faltar a tres citas programadas consecutivamente puede resultar en el alta.

He/Hemos recibido la sinopsis de la Carta de Derechos del Consumidor en el Manual del Cliente.

Reconozco que si no brindo información de seguro adecuada, incluida una cobertura distinta a la de SoonerCare, asumiré la responsabilidad financiera total por las sesiones y los servicios acumulados.

****Las solicitudes de servicios relacionados con el tribunal pueden generar costos adicionales, ya que no son servicios aprobados por SoonerCare. Estos servicios tienen una tarifa base de \$200 POR HORA.**

Solicitudes de registros médicos: la tarifa base es de \$25 por las primeras 75 páginas y \$0,10 por página posterior más el costo del envío (si se solicita). La factura debe pagarse en su totalidad antes de procesar la solicitud.

 Firma del cliente, mayor de 12 años

 Fecha

 Firma del padre/tutor (si corresponde)

 Fecha

 Firma del personal con credenciales

 Fecha

EDUCACIÓN Y REFERENCIA SOBRE VIH/SIDA/ETS y TB

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC ofrece información y referencias para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Tuberculosis (TB). La información/educación/referencia es para consumidores, todas las personas drogodependientes y el pareja(s) significativa(s) del(los) consumidor(es). La documentación de esto es por reconocimiento del Manual del Cliente o nota de Consulta Clínica en el consumidor registro. La referencia y la documentación son confidenciales.

SITIOS DE PRUEBAS Y ASESORAMIENTO ONFIDENCIALES Y ANÓNIMOS EN OKLAHOMA:

VIH/ETS: GUIDING RIGHT (DERECHO DE GUÍA) * 7901 NE 10th, Suite A-111 en Midwest City, OK 73110 * 405-733-0771

RAIN OKLAHOMA (LLUVIA Oklahoma) * 600 NW 23rd, Suite 101 en Oklahoma City, OK 73103 * 405-232-2437

RED ROCK BH SCIENCES (CIENCIAS RED ROCK BH) * 4400 N. Lincoln Blvd en Oklahoma City, OK 73105 * 405-425-0473

COMMUNITY HEALTH CENTER (CENTRO DE SALUD COMUNITARIO) * 12716 NE 36th en Oklahoma City, OK 73140 * 405-769-3301

TB: OKLAHOMA COUNTY HEALTH DEPT. (DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE OKLAHOMA). * 400 NE 50th en OKC, OK 73105 * 405-419-4000

MED-EVAL CLINIC (CLÍNICA DE EVALUACIÓN MEDICA) * 4001 N. Classen Blvd, #101 en Oklahoma City, OK 73118 * 405-840-2180

ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN POR PARTE DEL CLIENTE:

(Se deben completar ambas líneas; N/A en Pareja si es necesario)

____ Yo (y mi pareja, si corresponde) he recibido información educativa sobre VIH/SIDA/ETS y tuberculosis y se me han ofrecido referencias para realizar pruebas de estas afecciones.

____ Yo, como pareja de _____, he recibido la información sobre VIH/SIDA/ETS y TB y se me han ofrecido referencias para pruebas de estas condiciones.

DESEO que me refieran* para pruebas de (marque con un círculo todas las que desee): **VIH/SIDA – ETS – TB**

* Cliente fue referido a: _____

*Se hizo referencia a la pareja: _____

-- O -- (Ambas líneas deben completarse – N/A en Pareja si es necesario)

____ NO DESEO que me hagan la prueba ni me deriven para VIH/SIDA/ETS y TB (cliente)

____ NO DESEO que me hagan la prueba ni me deriven para VIH/SIDA/ETS y tuberculosis (pareja)

La aceptación de este formulario en el registro del cliente indica que este cliente de Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC tiene recibieron educación básica sobre prevención de VIH/SIDA/ETS/TB.

Firma del cliente/tutor

Fecha

Pareja (si corresponde) Firma

Fecha

Firma del terapeuta con credenciales

Fecha

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

ACUERDO DE HORARIOS
Client Fiscal Responsibility Policy

Entiendo que debo pagar la tarifa acordada en el momento en que se prestan los servicios.

Es posible que se requiera prueba de ingresos. (Copia de la declaración del impuesto sobre la renta o recibo de sueldo reciente).

La tarifa por los servicios de admisión es de \$250.00 por admisión.

La tarifa por los servicios de psicoterapia es de \$200.00 por hora.

La tarifa por rehabilitación psicosocial y gestión de casos es de \$50,00 por hora.

La psicoterapia de grupo cuesta \$50.00 por persona por hora.

La rehabilitación psicosocial grupal cuesta \$10.00 por persona por hora.

Hablaré con mi terapeuta si por algún motivo no puedo cumplir con las regulaciones anteriores.

****Las solicitudes de servicios relacionados con el tribunal pueden generar costos adicionales. Estos servicios tienen una tarifa base de \$200 POR HORA.**

Entiendo que debo pagar la tarifa de mi sesión por la cantidad de \$ 0 en el momento en que se presten los servicios – o si se cobra una tarifa por cita perdida.

Ingreso bruto del cliente (anual)\$ _____

Tamaño de la familia, incluidos los dependientes _____

La tarifa de escala móvil se ha ajustado del 100% a 0, debido a: SoonerCare Coverage.

(Nosotros) aceptamos la tarifa (ajustada) de \$ 0.

Al firmar a continuación, acepto proporcionar a Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC una tarjeta de crédito/débito para continuar facturando las tarifas de sesiones Y TARIFAS POR CITA PERDIDA; Doy mi consentimiento para la facturación de las tarifas de sesión a través de un facturador remoto.

Cuentas vencidas: si su cuenta está vencida y tenemos que derivarla a una agencia de cobranza, usted acepta pagar una tarifa de cobro del 35% de su monto moroso. Si la agencia de cobranza no puede cobrar su saldo adeudado y emprende un litigio, usted acepta pagar una tarifa de cobro aumentada del 50% de su deuda.

 Firma del cliente/tutor

 Fecha

 Firma del personal con credenciales

 Fecha

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

MUESTRA DE PLAN DE TARIFAS VARIABLES

Montos máximos de ingresos anuales para cada categoría de porcentaje de tarifa móvil (excepto 0 porcentaje de descuento)

Nivel de pobreza	100%	110%	120%	130%	140%	150%	160%	170%	180%	190%	200%	>200%
Tamaño de la familia	descuento 100%	descuento 90%	descuento 80%	descuento 70%	descuento 60%	descuento 50%	descuento 40%	descuento 30%	descuento 20%	descuento 15%	descuento 10%	descuento 0%
1	\$15,060	\$16,566	\$18,072	\$19,58	\$21,084	\$22,590	\$24,096	\$25,602	\$27,108	\$28,614	\$30,120	>\$30120
2	\$20,440	\$22,484	\$24,528	\$26,616	\$28,616	\$30,660	\$32,704	\$34,748	\$36,792	\$38,836	\$40,880	>\$40880
3	\$25,820	\$28,402	\$30,984	\$33,566	\$36,148	\$38,730	\$41,312	\$43,894	\$46,476	\$49,058	\$51,640	>\$51640
4	\$31,200	\$34,320	\$37,440	\$40,560	\$43,680	\$46,800	\$49,920	\$53,040	\$56,160	\$59,280	\$62,400	>\$62400
5	\$36,580	\$40,238	\$43,886	\$47,554	\$51,212	\$54,870	\$58,528	\$62,186	\$65,844	\$69,502	\$73,160	>\$73160
6	\$41,960	\$46,156	\$50,352	\$54,548	\$58,744	\$62,940	\$67,136	\$71,332	\$75,528	\$79,724	\$83,920	>\$83920
7	\$47,340	\$52,074	\$56,808	\$61,542	\$66,276	\$71,010	\$75,744	\$80,478	\$85,212	\$89,946	\$94,680	>\$94680
8	\$52,720	\$57,992	\$63,264	\$68,536	\$73,808	\$79,080	\$84,352	\$89,624	\$94,896	\$100,168	\$105,440	>\$105440
Por cada persona adicional, agregue	\$5,380	\$5,918	\$6,456	\$6,994	\$7,532	\$8,608	\$8,608	\$9,146	\$9,684	\$10,222	\$10,760	>\$10760

*Basado en las [Pautas Federales de Pobreza de 2024 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia](#). Tenga en cuenta que existen pautas separadas para Alaska y Hawaii, y que los umbrales diferiría para los sitios en esos dos estados. Los sitios en Puerto Rico y otras jurisdicciones periféricas usarían las pautas anteriores.

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Acuerdo de acción judicial/honorarios legales

Solicitudes de registros - POR CLIENTE/POR SOLICITUD

Se puede cobrar un cargo de hasta \$10.00 por costos administrativos.

También se puede cobrar una tarifa, que no exceda los \$5.00, por certificar los registros médicos. El costo del envío también se le cobrará.

Las tarifas por copiar documentos pueden ser: tarifa fija de \$25,00 por las primeras 100 páginas/\$0.10 por cada página copiada en exceso de 100 páginas

Redacción de un resumen de tratamiento - POR CLIENTE/POR SOLICITUD

Se puede cobrar una tarifa fija de \$200 por cada resumen de tratamiento solicitado.

Tarifas relacionadas con el tribunal - POR CLIENTE/POR SOLICITUD

Yo/nosotros entendemos que se desaconseja a los clientes que citen a su terapeuta. A pesar de que usted es responsable de los honorarios del testimonio, eso no significa que el testimonio será únicamente a su favor. Su proveedor sólo puede testificar sobre los hechos del caso y no sobre ninguna opinión profesional. Al inicializar esta línea, usted reconoce que el testimonio de su proveedor no puede incluir nada más que hechos, según el estado regulaciones de licencia y reconozca que su proveedor no es un testigo experto.

Reconozco/reconocemos que si se requiere alguna participación del tribunal y el tribunal ordena al terapeuta que participar, o si se recibe una citación para el terapeuta, o se solicita la asistencia del terapeuta, lo siguiente honorarios deben pagarse antes de que el terapeuta tome cualquier medida.

El cargo mínimo por una comparecencia ante el tribunal: \$1500

Se debe pagar un anticipo de \$1500 con 14 días de anticipación. Si se recibe una citación o notificación para reunirse con un abogado sin un mínimo de 72 horas de antelación habrá un cargo adicional "expres" de \$500.

Además, si el caso se reinicia con menos de 72 horas hábiles de anticipación, se le cobrará al cliente \$500.

(además del anticipo de \$1500 que pasará a ser no reembolsable). Para comparecer ante el tribunal, el terapeuta debe cancelar sesiones y reorganizar servicios para otros clientes que tal vez no puedan reprogramar con poca antelación.

Se aplican los siguientes honorarios para casos relacionados con el tribunal: (POR COMPARECENCIA/CITACIÓN TRIBUNAL)

☐ Tiempo de preparación (incluida la presentación de registros): \$200/hora

☐ Llamadas telefónicas/consultas relacionadas con el caso: \$200/hora (con cualquier abogado/GAL, representación legal, asistente social del DHS, etc.)

☐ Depositiones: \$200/hora

☐ Tiempo necesario para prestar testimonio: \$250/hora

☐ Millaje: \$0.40/milla

☐ Tiempo fuera del cargo por deposiciones o testimonio: \$200/hora (incluye viaje tiempo de ida y vuelta)

☐ Todos los honorarios de abogados y costos incurridos por el terapeuta como resultado de la acción legal.

☐ Tarifas adicionales no cubiertas específicamente.

Yo/nosotros entendemos que el incumplimiento de la lista de tarifas o la falta de pago resultará en terminación de la relación de asesoramiento y despido inmediato del cliente.

He/hemos leído el Acuerdo de demanda judicial/honorarios legales, entiendo todo su contenido y firmo mi/nuestro nombre(s) aquí de forma libre, voluntaria y sin coerción.

Firma del cliente (si tiene 12 años o más)

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del Personal con Credenciales

Fecha

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE DE TELE SALUD AMBULATORIA

Telesalud es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de salud mental para brindar servicios a un individuo cuando él o ella se encuentra en un sitio diferente al del cliente.

Yo, _____, acepto participar y recibir terapia mediante el uso de una plataforma compatible con HIPAA sistema de prestación de servicios de telesalud por vídeo. Recibiré servicios de salud mental a través de videoconferencia interactiva. Entiendo que el uso de videoconferencias es un método alternativo de prestación de atención de salud mental y que mi terapeuta no estará físicamente en la misma habitación conmigo.

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Entiendo que tengo la opción de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar el derecho a atención o tratamiento futuro o arriesgarme a la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa que actualmente estoy recibiendo o de lo contrario tendría derecho. Entiendo que mi participación en esto es voluntaria y puedo decidir terminar mi tratamiento en cualquier momento.
- También entiendo que existen varios beneficios de recibir servicios de telesalud que han sido identificados incluido un mayor acceso a servicios especializados en áreas remotas, menores costos de atención médica, reducción de viajes, minimización tiempo libre en el trabajo y disminución del tiempo de espera para recibir servicios.
- Entiendo que existen riesgos y consecuencias potenciales de la telesalud, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del terapeuta y de Integrated Therapy Solutions de Ok, LLC, de que la transmisión de mi sesión de telesalud podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas. Además, con telesalud, entiendo que existe el riesgo de que alguien cercano a mí me escuche si no me ubico en un área privada y protegido de la intrusión de otros. Entiendo que soy el único responsable de garantizar la privacidad de mi entorno al participar en sesiones de telesalud. También entiendo con cualquier tipo de servicios de salud mental. A pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi terapeuta, es posible que mis problemas de salud mental no mejoren.
- Entiendo que la telesalud no siempre es apropiada para emergencias médicas e ideas suicidas y, si surgen tales emergencias, se me pedirá que busque consulta y evaluación cara a cara y, al firmar este consentimiento, acepto con anticipación para buscar dicha atención si yo o mi proveedor lo consideramos necesario.
- Entiendo que mi privacidad y confidencialidad estarán protegidas de la misma manera si recibiera terapia cara a cara con mi terapeuta en la misma habitación. Entiendo que soy responsable de proporcionar una configuración confidencial en mi ubicación. Entiendo que también se aplican las leyes que protegen la privacidad en la confidencialidad de la información médica en la telesalud. Como siempre, OHCA tendrá acceso a los registros médicos para revisión/auditoría de calidad.
- Entiendo que no habrá grabaciones de mis sesiones de terapia. También acepto no grabar mi propias sesiones de terapia sin el conocimiento o permiso de mi terapeuta.

Doy mi consentimiento para recibir servicios de salud mental a través de una **plataforma de telesalud compatible con HIPPA** que acepto para usar con mi terapeuta. También entiendo que los servicios de telesalud que reciba pasarán a formar parte de mis archivos salud mental.

 Firma del cliente

 Fecha

 Firma del padre/tutor del cliente

 Fecha

 Firma del terapeuta y credenciales

 Fecha

Telehealth Policy and Procedures

Telehealth Delivery of Mental Health Services

Integrated Therapy Solutions of Ok, LLC offers the ability to deliver mental health services through telehealth.

Definition: Telehealth is the use of electronic information and communication technologies by a Mental Health Provider to deliver mental health services to the client when he or she is located at a different site than the client. Telehealth is not meant to take the place of regular face to face therapy.

Telehealth delivers mental health services using a Secure HIPAA compliant platform.

- Expand the geographical area over which a mental health provider can offer direct service
- Save time and energy without compromising quality
- Allow providers and the client greater flexibility and increased access when delivering or receiving services
- Allow clients to receive needed services without having to travel long distances, when weather and road conditions are problematic.

Eligible Clients

Clients are eligible to receive their mental health services via telehealth when:

- Telehealth is determined an appropriate method of conducting a therapy session.
- The provider is able to document a medically necessary reason for telehealth.
- Client or Client's guardian has signed an Informed Consent agreeing to receive therapy services via a secure HIPAA compliant platform.
- Client has the ability to access the secure HIPAA platform identified for use by the assigned Clinician.

Eligible Providers

Providers currently authorized to provide telehealth services in compliance to OHCA and 3rd party payers.

Guidelines are as follows:

- Clinician must have a current individual contract with client's insurance company.
- Clinician must be employed or under contract with Integrated Therapy Solutions of OK, LLC
- Clinician must have signed the Provider Telehealth agreement Form
- Indicate on the Provider Telehealth agreement Form which secure HIPAA compliant platform will be used.
- Sign a Business Associate Agreement with the HIPAA Compliant Platform to be used.

When delivering services via telehealth, clinicians must do the following:

- Employ strategies to minimize vulnerabilities in technological equipment when conducting sessions via telehealth.
- Ensure procedures are in place to protect client confidentiality
- It is the responsibility of the Clinician to ensure that a HIPAA compliant platform is being used.

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

- Ensure that an interactive telehealth system is compliant with HIPAA privacy and security requirements and regulations and meets all policy and procedures from OHCA/DMH/COA/3rd Party Payers.

Non-covered Services

Integrated Therapy Solutions of OK, LLC does not reimburse for connection charges, or origination, set-up or HIPAA compliant platform fees.

Billing

Refer to the following when billing for services provided through telemedicine:

- Services provided via telemedicine have the same service thresholds, authorization requirements and reimbursement rates as services delivered face-to-face.
- Progress Note must be entered using the billing system in the same manner as services delivered face-to-face.
- Client Treatment Plan must include telehealth as a service delivery option, and telehealth must be listed on the service plan signature page.
- Progress Note must indicate for mental health services delivered via telehealth with telehealth billing modifier GT or 95, depending on insurance.
- Progress Note must indicate the place of service code using the EHR's drop down menu that identifies the location of the client when the service was provided. Progress Note must also include that the session was provided via telehealth by clinician in a secure location to protect client confidentiality.
- Progress Note must include medically necessary reason(s) for telehealth.

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Nombre del cliente: _____ Edad del cliente: _____

Fecha de finalización: _____ Hora de inicio: _____ Hora de parada: _____

Página de firma del plan de servicio

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN ACTIVA DEL CLIENTE: Yo/Nosotros (cliente/tutor) hemos participado activamente en el desarrollo de este plan de servicios y entendemos las metas y objetivos del tratamiento enumerados. Tengo los siguientes comentarios/respuesta:

 Firma del miembro, **12 años o más** Fecha Firma del padre/tutor Fecha

***Miembros adultos: ¿Se ha completado y firmado el formulario del Defensor del Plan de Tratamiento?** ☐ SI ☐ NO

¿Se ha completado y firmado el formulario de directiva anticipada/testamento vital? ☐ SI ☐ NO

(Attach to signature page and submit together – required by OHCA and ODMHSAS;

Adjuntar a la página de firma y enviar juntos; requerido por OHCA y ODMHSAS)

Si no puede firmar de manera legible, documente el motivo: _____

 Responsable LBHP (Firma del LBHP responsable, título/licencia/bajo supervisión) Fecha

 Agency Supervising LBHP (Agencia que supervisa la firma y las credenciales de LBHP) Fecha

PLAN DE TRATAMIENTO

Service Type	Treatment Methodology	Frequency of Service (Wk/Month)	Provider Sign & Credentials
(Tipo de servicio)	(Metodología de tratamiento)	Frecuencia de servicio (semana/mes)	Firma y credenciales del proveedor
Terapia individual	_____	_____	_____
Terapia de grupo	_____	_____	_____
Terapia familiar	_____	_____	_____
Grupo de rehabilitación	_____	_____	_____
Rehabilitación individual	_____	_____	_____
Gestión de casos	_____	_____	_____
Telesalud	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Nombre del cliente: _____

Número de identificación del seguro: _____

Formulario de Defensor de Tratamiento

Todos los clientes adultos que reciben servicios de salud mental y/o abuso de sustancias tienen derecho a nombrar a un miembro de la familia u otra persona como Defensor del Tratamiento. Cada consumidor tiene derecho a determinar el nivel de participación y decisión dada al Defensor del Tratamiento, y no habrá limitación que impida la comunicación o colaboración entre el cliente y su Defensor del Tratamiento. El consumidor podrá revocar esta designación en cualquier momento y por cualquier motivo.

¿Le gustaría nombrar un Defensor del Tratamiento? ☐ Sí ☐ No (Debe seleccionar uno)

Proporcione la siguiente información para establecer su Defensor del Tratamiento:

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Escriba sus iniciales en el nivel de participación que le gustaría establecer para su defensor de tratamiento.

___ Asistir a sesiones de admisión/evaluación

___ Ayudar con la planificación del tratamiento.

___ Recibir copias escritas del plan de tratamiento.

___ Asistir a sesiones de terapia

___ Acceso a registros médicos

Otro: _____

Firma del cliente

Fecha

*Defensor del tratamiento:

Yo, _____, acepto actuar como Defensor del Tratamiento del cliente mencionado anteriormente. Acepto cumplir con todas las obligaciones de confidencialidad y solo actuaré en la capacidad indicada anteriormente por el cliente.

Firma del defensor del tratamiento

Fecha

Directiva anticipada para la Atención Médica

Si soy incapaz de tomar una decisión informada con respecto a mi atención médica, instruyo a mis proveedores de atención médica a seguir mis instrucciones a continuación.

I. Testamento vital

Si mi médico tratante y otro médico determinan que ya no puedo tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, instruyo a mi médico tratante y a otros proveedores de atención médica, de conformidad con la Ley de Directivas Anticipadas de Oklahoma, a seguir mis instrucciones como se establece a continuación:

- (1) Si tengo una condición terminal, es decir, una condición incurable e irreversible que incluso con la administración de un tratamiento de soporte vital, en opinión del médico tratante y de otro médico, resultará en la muerte dentro de los seis (6) meses:

(poner sus iniciales)

_____ Ordeno que mi vida no se extienda mediante un tratamiento de soporte vital, excepto que si no puedo ingerir alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no se extienda mediante tratamientos de soporte vital, incluida la nutrición e hidratación administradas artificialmente.

_____ Ordeno que se me proporcione tratamiento de soporte vital y, si no puedo ingerir alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas artificialmente.

(poner sus iniciales si corresponde)

_____ Vea mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) a continuación.

- (2) Si estoy persistentemente inconsciente, es decir, tengo una condición irreversible, según lo determine el médico tratante y otro médico, en la que el pensamiento y la conciencia de mí mismo y del entorno están ausentes:

_____ Ordeno que mi vida no se extienda mediante un tratamiento de soporte vital, excepto que si no puedo ingerir alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no se extienda mediante tratamientos de soporte vital, incluida la nutrición e hidratación administradas artificialmente.

_____ Ordeno que se me proporcione tratamiento de soporte vital y, si no puedo ingerir alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas artificialmente.

(poner sus iniciales si corresponde)

_____ Vea mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) a continuación

- (3) Si tengo una condición terminal, es decir, una condición causada por una lesión, enfermedad o dolencia, que resulta en un deterioro severo y permanente indicado por incompetencia y dependencia física completa para la cual el tratamiento de la condición irreversible sería médicamente ineficaz:

_____ Ordeno que mi vida no se extienda mediante un tratamiento de soporte vital, excepto que si no puedo ingerir alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas artificialmente.

_____ Ordeno que mi vida no se extienda mediante tratamientos de soporte vital, incluida la nutrición e hidratación administradas artificialmente.

_____ Ordeno que se me proporcione tratamiento de soporte vital y, si no puedo ingerir alimentos y agua por vía oral, deseo recibir nutrición e hidratación administradas artificialmente.

(poner sus iniciales si corresponde)

_____ Vea mis instrucciones más específicas en el párrafo (4) a continuación

- (4) OTROS, Aquí puedes:

- a. describir otras condiciones en las que desea que se le proporcione, retenga o retire un tratamiento de soporte vital o nutrición e hidratación administradas artificialmente,
- b. dar instrucciones más específicas sobre sus deseos con respecto al tratamiento de soporte vital o la nutrición e hidratación administradas artificialmente si tiene una condición terminal, está persistentemente inconsciente o tiene una condición en etapa terminal, o
- c. haz ambas cosas:

_____ **Inicial**

II. Mi Nombramiento de Mi Apoderado para la Atención Médica

Si mi médico tratante y otro médico determinan que ya no puedo tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico, ordeno a mi médico tratante y a otros proveedores de atención médica de conformidad con la Ley de Directivas Anticipadas de Oklahoma que sigan las instrucciones de _____, a quien nombro como mi apoderado de atención médica. Si mi apoderado para la atención médica no puede o no quiere servir, nombro a _____ como mi apoderado alternativo para la atención médica con la misma autoridad. Mi apoderado para la atención médica está autorizado a tomar cualquier decisión de tratamiento médico que yo podría tomar si

pudiera, excepto que las decisiones relacionadas con el tratamiento de soporte vital y la nutrición e hidratación administradas artificialmente pueden ser tomadas por mi apoderado para la atención médica o por mi apoderado alterno para la atención médica solo cuando yo han indicado en los apartados anteriores.

Si no designo un apoderado para la atención médica en esta sección, me niego deliberadamente a designar un apoderado para la atención médica.

III. Regalos anatómicos

De conformidad con las disposiciones de la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas, ordeno que en el momento de mi muerte todo mi cuerpo o los órganos o partes del cuerpo designados sean donados con el propósito de:

(poner sus iniciales)

- ☐ trasplante
- ☐ terapia
- ☐ avance de la ciencia, la investigación o la educación médica
- ☐ avance de la ciencia, la investigación o la educación dental

La muerte significa el cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias o el cese irreversible de todas las funciones de todo el cerebro, incluido el tronco encefálico. Si pongo mis iniciales en la línea "sí" a continuación, dono específicamente:

☐ Todo mi cuerpo

O

☐ Los siguientes órganos o partes del cuerpo

- | | |
|---|--|
| ☐ Pulmones | ☐ Hígado |
| ☐ Páncreas | ☐ Corazón |
| ☐ Riñones | ☐ Cerebro |
| ☐ Piel | ☐ Huesos/médula |
| ☐ Sangre/fluidos | ☐ Tejido |
| ☐ Arterias | ☐ Ojos/Córnea/Cristal |

IV. Disposiciones Generales

- a. Entiendo que debo tener dieciocho (18) años de edad o más para ejecutar este formulario.
- b. Entiendo que mis testigos deben tener dieciocho (18) años de edad o más y no serán parientes míos ni heredarán de mí.
- c. Entiendo que si me han diagnosticado un embarazo y el médico que me atiende conoce ese diagnóstico, se me proporcionará un tratamiento para mantener la vida y se me administrarán hidratación y nutrición artificialmente, a menos que, en mis propias palabras, lo haya autorizado específicamente durante un curso. del embarazo, el tratamiento de soporte vital y/o la hidratación y/o nutrición administradas artificialmente serán retenidos o retirados.

- d. En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones sobre el uso de procedimientos de soporte vital, es mi intención que mi familia y mis médicos respeten esta directiva anticipada como la expresión final de mi derecho legal a elegir o rechazar un tratamiento médico o quirúrgico. incluyendo, entre otros, la administración de procedimientos para mantener la vida, y acepto las consecuencias de tal elección o rechazo.
- e. Esta directiva anticipada estará vigente hasta que sea revocada.
- f. Entiendo que puedo revocar esta directiva anticipada en cualquier momento.
- g. Entiendo y acepto que si tengo directivas previas y si firmo estas directivas anticipadas, mis directivas previas quedan revocadas.
- h. Entiendo toda la importancia de esta directiva anticipada y soy emocional y mentalmente competente para redactarla.
- i. Entiendo que mi(s) médico(s) tomarán todas las decisiones basándose en su mejor criterio, aplicando con cuidado y diligencia los conocimientos y habilidades que poseen y utilizan los miembros de la profesión médica con buena reputación y dedicados al mismo campo de práctica. en ese momento, medido según los estándares nacionales.

Firmado este _____ día de _____ de 20_____.

(Firma)

ciudad de

Condado de Oklahoma

Fecha de nacimiento (opcional para fines de identificación)

Esta directiva anticipada fue chamuscada en mi presencia.

Testigo

_____, Oklahoma
Residencia

Testigo

_____, Oklahoma
Residencia

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Cuestionario sobre experiencias adversas en la infancia (ACE)

Nombre: _____

Fecha: _____

Este cuestionario le hará algunas preguntas sobre eventos que sucedieron durante su infancia; específicamente los primeros 18 años de tu vida. La información que usted proporciona al responder estas preguntas nos permitirán comprender mejor los problemas que pueden haber ocurrido temprano en su vida y permítanos explorar cómo esos problemas pueden estar impactando los desafíos que está experimentando hoy. Esto puede ser muy útil para el éxito de su tratamiento.

Antes de sus 18 años:

1. ¿Alguno de sus padres o algún otro adulto en su casa frecuentemente o muy frecuentemente...

Le gritó, le insultó, le hizo sentir menos, o le humilló?

O

Se comportó de alguna manera que hizo que sintiera miedo o que se sintiera físicamente herido?

Si es así, ingrese 1 _____

____ Sí ____ No

2. ¿Alguno de sus padres o algún otro adulto en su hogar frecuentemente o muy frecuentemente...

Le empujó, le agarró bruscamente, le dio una bofetada, o le tiro con algo?

O

Le golpeó tan fuerte que le dejó marcas o heridas?

Si es así, ingrese 1 _____

____ Sí ____ No

3. ¿Algún adulto u otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez...

Tocó su cuerpo o le obligó a tocar su cuerpo de una manera sexual?

O

Intentó o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 _____

PUNTUACIÓN ACE (Total de respuestas "Sí"): _____

4. ¿Siente frecuentemente o muy frecuentemente...

Que nadie en su familia le ha querido o ha pensado que era importante o especial?

O

Que en su familia no se protegían mutuamente, ni eran cercanos unos a otros, ni se apoyaban mutuamente

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

5. ¿Siente con frecuencia...

Que no tiene suficiente comida que tiene que usar ropa sucia, o que no tiene quién le proteja?

O

Que sus padres estaban muy borrachos o drogados para cuidarle o llevarle al doctor si era necesario?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

6. ¿Perdió a alguno de sus padres biológicos como resultado de divorcio, abandono, o alguna otra razón?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

7. ¿Alguna vez su mamá o madrastra:

Frecuentemente o muy frecuentemente fue empujada, agarrada con brusquedad, abofeteada, o le tiraron algún objeto?

O

De vez en cuando, frecuentemente, o muy frecuentemente fue pateada, mordida, pegada con el puño, o pegada con algún objeto duro?

O

Alguna vez fue golpeada repetidamente por algunos minutos o amenazada con pistola o cuchillo?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

PUNTUACIÓN ACE (Total de respuestas "Sí"): _____
--

8. ¿Ha vivido con alguien que tiene problemas con el alcohol, que es/fue alcohólico, o que consumía drogas?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

9. ¿Algún miembro de su hogar sufría de depresión o enfermedad mental, o algún miembro de su hogar intento suicidarse?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

10. ¿Alguien en su hogar estuvo en prisión?

____ Sí ____ No

Si es así, ingrese 1 ____

PUNTUACIÓN ACE (Total de respuestas "Sí"): _____
--

Cuestionario sobre experiencias adversas en la infancia (ACE)

INSTRUCCIONES PARA EL PROVEEDOR (Revisada el 11 de abril de 2019)

A partir del 1 de junio de 2019, el Cuestionario ACE se entregará a todos los adultos mayores de 18 años* que sean buscar servicios de salud conductual de ODMHSAS y OHCA (SoonerCare/Medicaid); con mínima excepción**. La puntuación ACE se informará en todos los CDC/PA 23 (admisiones) y CDC/PA 42. El cuestionario sólo debe entregarse una vez por persona, por proveedor, pero la puntuación debe informarse/trasladarse a todos los CDC posteriores, como algunas de las otras respuestas de los CDC (por ejemplo, género y la raza generalmente se informa/traslada en cada CDC y rara vez cambia). Las puntuaciones ACE válidas deben ser ingresado en el CDC en uno de los siguientes formatos: 00 a 10 o 0 a 10 (se prefiere 00 a 10, dos dígitos). Para clientes adultos actualmente admitidos/abiertos, el Cuestionario ACE se entregará en el próximo tratamiento de 6 meses, actualización e informe sobre CDC/PA 42 (actualización/extensión de 6 meses).

*Nota: Este cuestionario sólo debe entregarse a adultos mayores de 18 años; No debe administrarse a niños ni jóvenes menores de 18 años.

**Excepciones: debido a la naturaleza de algunos niveles de atención y tipos de programas, existen circunstancias en las que el Cuestionario ACE no será requerido. Son los siguientes:

- Nivel de atención de vida comunitaria (CL) (por ejemplo, personas sin hogar, vivienda, atención residencial)
- Enfoque de servicio: 11 (personas sin hogar, vivienda, atención residencial); 23 (Escuela diurna); Clínica de 24 medicamentos únicamente; y 26 Crisis Móvil.

DAR EL CUESTIONARIO ACE

El Cuestionario ACE se debe administrar en el momento de la evaluación clínica (en la evaluación clínica inicial para nuevos clientes, y para clientes actualmente admitidos/abiertos, en la actualización de la evaluación clínica completada como parte del proceso de actualización del plan de servicio a los 6 meses de actualización del tratamiento). Esto es para garantizar un fácil acceso a un terapeuta. Se necesita uno para abordar cualquier problema que pueda surgir al revisar el trauma infantil.

Es un instrumento autoadministrado y deberá ser completado por la persona que busca servicios sin intervención del personal (por ejemplo: el personal no puede reformular la pregunta ni dar una explicación sobre la intención de la pregunta). La única asistencia que el personal puede brindar es con respecto a la alfabetización o los desafíos de la visión, y en ese sentido, la declaración de introducción y las preguntas deben leerse en voz alta al individuo exactamente como está escrito en el cuestionario. Para garantizar un proceso informado sobre el trauma, es importante que la declaración de introducción en el cuestionario lo lee el cliente o se le lee al cliente.

Debido a la naturaleza delicada de las preguntas, la persona que completa el Cuestionario ACE debe recibir un espacio confidencial para completarlo. Pueden optar por tener a alguien con ellos en la habitación durante apoyo (por ejemplo: especialista en apoyo de pares, familia, amigo).

Tanteo

Para cada una de las diez (10) preguntas del cuestionario, el individuo dará una respuesta Sí o No. Cuando puntuación, cada respuesta "Sí" recibirá un (1) punto. Estos puntos se contarán para determinar los individuos Puntuación ACE.

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
 620 NW 5th St. Suite D
 Moore, Oklahoma 73160
 Teléfono: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Comenzar: _____

_____ NO FACTURAR Detener: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 /2883				
(US Spanish version of the PHQ)				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	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. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en quedarse o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ 0 + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? Para nada difícil ☐ Un poco difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil ☐				

Cuestionario PHQ-9* para la puntuación y guía de interpretación de la depresión

Sólo para uso médico

Tanteo:

Cuente el número (#) de casillas marcadas en una columna. Multiplica ese número por el valor indicado a continuación, luego suma subtotal para producir una puntuación total. El rango posible es 0-27. Utilice la siguiente tabla para interpretar la puntuación del PHQ-9.

En absoluto (#) _____ x 0= _____
 Varios días (#) _____ x 1= _____
 Más de la mitad de los días (#) _____ x 2= _____
 Casi todos los días (#) _____ x 3= _____

Puntuación total: _____

Interpretación de puntuaciones del PHQ-9			Acciones basadas en la puntuación PH9
		Puntaje	Acción
Depresión mínima	0-4	<4	La puntuación sugiere que es posible que el paciente no necesite tratamiento de la depresión
Depresión leve Depresión moderada	5-9 10-14	>5-19	El médico utiliza el juicio clínico. sobre el tratamiento, basado en el paciente duración de los síntomas y funcional. discapacidad
Depresión moderadamente grave Depresión severa	15-19 20-27	>15	Garantiza el tratamiento para la depresión, utilizando antidepresivo, psicoterapia y/o un combinación de tratamiento.

*PHQ-9 se describe con más detalle en el sitio web del McArthur Institute on Depression & Primary Care

[www. Depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9](http://www.Depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9)

Firma del proveedor

Fecha

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5th St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

INTAKE/ASSESSMENT SCREENING – (Adult) – BLACK INK ONLY

All areas MUST be completed – use None Reported if Not Applicable.

Date: _____ Start Time: _____ Stop Time: _____

Client Legal Name: Last: _____ First: _____ MI: _____ Maiden: _____

Preferred Name (if different from above): _____

DOB: _____ Age: _____ Legal Gender: (required for insurance) ☐Female ☐Male

Gender Identity: _____ Sexuality: _____ Preferred Pronouns: _____

Address: (city,St,zip) _____ County: _____

Phone #: (Primary) _____ Other: _____

Marital Status:

☐single ☐married ☐divorced ☐civil union/domestic partnership ☐widowed ☐Other: _____

Immediate/Urgent Needs: (including medical)

Provider of Screening and Assessment Information: ☐Self ☐Parent/Guardian ☐Other: _____

Are you currently homeless: ☐Yes ☐None Reported If yes, for how long: _____

Race (check all that apply): ☐Alaska Native ☐American Indian ☐Asian ☐Black or African American

☐Pacific Islander ☐White/Caucasian Ethnicity: ☐Hispanic/Latino

Employment: ☐Full time ☐Part time ☐Unemployed ☐Not in work force ☐Student

Preferred Language: _____ Other Languages Spoken: _____

Emergency Contact Information:

Name: _____ Relationship: _____

Phone #: _____ Address: (city,St,zip) _____

Type of treatment services needed/requested: *eligibility required

☐Individual ☐Family ☐Psychosocial Rehabilitation* ☐Case Management*

*Not all consumers qualify for these services

Frequency of Services Desired: ☐Once weekly ☐Twice weekly ☐Other

Are there any referrals to and/or collaboration with another agency? ☐Yes ☐None Reported

If yes, list name and telephone number: _____

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

CDC Info: (Basic CDC Tab)

Annual Household Income: _____ Number of Dependents: _____

Inpatient History: ☐ None Reported

In the past 90 days, how many days was the consumer in restrictive placement? (00-90) _____

In the last 90 days, on how many days did an incident of self-harm occur? (00-90) _____

Do you currently have a VPO in place for any reason? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, is it an emergency VPO? Please provide a copy to the office for our records and your safety.

Additional Details: _____

I. BEHAVIORAL: INCLUDING MENTAL HEALTH AND ADDICTIVE DISORDERS

(a) Presenting Problem(s) – including symptomology:

Do you have a history of violent behavior? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, describe and include dates:

Have you ever attempted suicide? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, describe and include dates:

Do you currently have thoughts of hurting yourself or others? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, do you have a plan? ☐ Yes ☐ None Reported ☐ N/A

If yes, what is it?

Any risk-taking behaviors? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, please describe:

II. Emotional, including issues related to past or current trauma and domestic violence:

Have you ever been a victim of or witnessed emotional abuse and/or neglect? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, describe:

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5th St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Have you ever been a victim of or witnessed domestic violence and/or other physical abuse?

☐ Yes ☐ None Reported If yes, describe:

Have you ever been a victim of or witnessed sexual assault /abuse? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, describe:

History of Additional Trauma:

(b) Previous Treatment History:

Previous Treatment History and/or Diagnostic History (Include diagnoses, treatment information and dates):

Mental Health:

Substance Abuse:

Domestic Violence:

SUBSTANCE USE ☐ Not Applicable Reason: _____

Do you smoke? ☐ Yes ☐ None Reported **If so, how much?** **Do you have a desire quit?** ☐ Yes ☐ None Reported

Substance	First Use	Last Use	How Often	How Much	Method

Consequences of use:

☐ Problems in your life	☐ Problems in your job/school	☐ Problems in your relationships
☐ Problems with your health		
☐ Convulsions	☐ Blackouts	☐ Hallucinations
☐ Shakes	☐ Nausea	☐ Overdose
☐ DT's	☐ Memory problems	☐ Legal Problems
☐ Other:		

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5th St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

(C) Current and Past Psychotropic and Addiction Medications:

Current Medications:

Are you currently taking prescribed or over-the-counter **psychotropic or addiction** medication?

☐ Yes ☐ None Reported

If yes, list medications below:

Medication	Dosage/Frequency	Date Initiated

How have you adjusted to treatment/medication?

Past Medications:

Medication	Dosage/Frequency

(D) Family history of mental health and other addictive disorders.

Any history of alcohol/drug abuse or mental illness in family of origin? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, list family member(s): _____

Does significant other drink, smoke, use prescription drugs or use any other mood-altering substances?

☐ Yes ☐ None Reported ☐ N/A If yes, please describe:

III. Physical/medical including medications:

(a) HEALTH HISTORY/CURRENT BIOMEDICAL CONDITIONS

Any current medical/health/dental problems? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes—what is the diagnosis/problem(s)?

If applicable - What treatments are you receiving?

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5th St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Do you have an advanced directive? ☐ Yes ☐ None Reported

If so, how will it impact your treatment?

Any disabilities that would affect your treatment? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, please describe: _____

Any allergies to medication? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, List

(b) current and past physical health medications:

***For consumers 14 years and up**

*Do you desire assistance in accessing birth control/family planning, or other resources?

☐ Yes ☐ None Reported

List resources requested: _____

For consumers of all ages:

Are you currently receiving hormone therapy? ☐ Yes (list below) ☐ None Reported

If yes, do you feel supported by your family/friends? _____

Current Medications:

Are you currently taking prescribed or over-the-counter **physical health** medication?

☐ Yes ☐ None Reported

If yes, list medications below:

Medication	Dosage/Frequency	Date Initiated

How have you adjusted to treatment/medication?

Past Medications:

Medication	Dosage/Frequency

IV. SOCIAL AND RECREATIONAL

(a) family and other relationships:

FAMILY/MARITAL, SOCIAL HISTORY, LIVING SITUATION

With whom do you currently live?

Who have you lived with in the past?

Any significant childhood losses? Include divorce, death, and estrangement. (include ages)

(b) recovery and community support:

To whom do you currently look for support?

Do they support your entering treatment? ☐ Yes ☐ None Reported

Are you experiencing severe isolation or withdrawal from social contact? ☐ Yes ☐ None Reported

If yes, explain:

Do you feel supported by your family in regards to your identity? ☐ Yes ☐ None Reported

(c) leisure and wellness activities:

What do you currently like to do for recreation?

How have you spent your leisure time in the past?

(d) culture, including traditions and values.

Cultural Attitude/Orientation: (Values/Beliefs/Culture of Violence/Culture of Sexual abuse/Ethnic Culture/Religious Culture). ****Cannot be NONE REPORTED****

How could your cultural orientation/practices affect treatment?

What is your religious background? ☐ _____

What are some of your favorite traditions?

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

V. Vocational

(a) educational attainment, difficulties, and history:

EDUCATIONAL HISTORY ☐ Not Applicable Reason: _____

Last year completed & Name of school: _____

Which grades, if any, did you repeat? _____

What vocational school or college have you attended? _____

List specialized training, if any _____

Do you have a desire to go to college/higher education? _____

Would you like help with pursuing higher education resources? ☐ Yes ☐ No

(b) current or previous military service including discharge status:

MILITARY HISTORY (clients 16 years +) ☐ Not Applicable Reason: _____

Have you ever been in the military? ☐ Yes ☐ No

If yes, what branch, dates of service, and type of discharge? _____

Did you have combat experience? ☐ Yes ☐ No

Are you currently experiencing any of the following symptoms? ☐ Nightmares/flashbacks

☐ outbursts of anger ☐ feelings of sadness or guilt ☐ intrusive memories or thoughts

(c) current and desired employment status.

OCCUPATIONAL HISTORY (clients 16 years +) ☐ Not Applicable Reason: _____

Employer/Job Title: _____ How long employed? _____

Other sources of income (i.e. SSI, disability, VA, retirement, child support, etc.): _____

What kinds of work are you qualified to perform? _____

CLIENT'S QUALITIES (client responses needed)

What are your strengths/abilities? (assets, resources, natural positives)

What are your needs/liabilities? (weaknesses, what do you need to recover)

What are your abilities/interests? (skills, aptitudes, capabilities talents, competencies)

What are your preferences? (what will enhance treatment experience?)

What do you expect from this program in terms of service?

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC
620 NW 5th St. Suite D
Moore, Oklahoma 73160
Ph: (405) 208-4469 Fax: (405) 208-4472

Therapist's expectations:

Diagnosis -ICD 10 DIAGNOSIS - WRITE OUT ENTIRE DIAGNOSIS – DO NOT ABBREVIATE

(If using DC: 0-3, use the appropriate crosswalk and enter the appropriate ICD-10 diagnosis code and diagnosis)

PRIMARY CODE: _____ **DISORDER:** _____

SECONDARY CODE: _____ **DISORDER:** _____

TERTIARY CODE: _____ **DISORDER:** _____

Psychosocial Interpretive Summary:

(Therapist summary of biopsychosocial information – this is NOT the same as the interpretive summary for the treatment plan)

Therapist Signature/Credentials

Date

Client Signature

Date