

## 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  
 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

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 \$ \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_, debido a: \_\_\_\_\_.

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

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

## 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.



**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

### 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 3<sup>rd</sup> 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 5<sup>th</sup> 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/3<sup>rd</sup> 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                      | _____                        | _____                               | _____                              |

## Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) – Youth Report

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
☐ Do not bill Start: \_\_\_\_\_  
Stop: \_\_\_\_\_

**Stressful or scary events happen to many people. Below is a list of stressful and scary events that sometimes happen. Mark YES if it happened to you. Mark NO if it didn't happen to you.**

- |                                                                                    |                              |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Serious natural disaster like a flood, tornado, hurricane, earthquake, or fire. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Serious accident or injury like a car/bike crash, dog bite, sports injury.      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Robbed by threat, force, or weapon.                                             | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Slapped, punched, or beat up in your family.                                    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Slapped, punched, or beat up by someone not in your family.                     | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Seeing someone in your family get slapped, punched, or beat up.                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Seeing someone in the community get slapped punched or beat up.                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Someone older touching your private parts when they shouldn't.                  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Someone forcing or pressuring sex, or when you couldn't say no.                 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Someone close to you dying suddenly or violently.                              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Attacked, stabbed, shot at or hurt badly.                                      | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Seeing someone attacked, stabbed, shot at, hurt badly or killed.               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Stressful or scary medical procedure.                                          | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Being around war.                                                              | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 15. Other stressful or scary event?                                                | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Describe: \_\_\_\_\_

Which one is bothering you the most now? \_\_\_\_\_

Mark 0, 1, 2 or 3 for how often the following things have bothered you in the last two weeks:

0 Never / 1 Once in a while / 2 Half the time / 3 Almost always

If you marked "YES to any stressful or scary events, then turn the page and answer the next questions.

- |                                                                                                                                          |   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1. Upsetting thoughts or pictures about what happened that pop into your head.                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Bad dreams reminding you of what happened.                                                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Feeling as if what happened is happening all over again.                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Feeling very upset when you are reminding of what happened.                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Strong feelings in your body when you are reminding of what happened (sweating, heart beating fast, upset stomach).                   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Trying not to think about or talk about what happened. Or to not have feelings about it.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Staying away from people, places, things, or situations that remind you of what happened.                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Not being able to remember part of what happened.                                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Negative thoughts about yourself or others. Thoughts like I won't have a good life, no one can be trusted, the whole world is unsafe. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Blaming yourself for what happened, or blaming someone else when it isn't their fault.                                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Bad feelings (afraid, angry, guilty, ashamed) a lot of the time.                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Not wanting to do things you used to do.                                                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Not feeling close to people.                                                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Not being able to have good or happy feelings.                                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Feeling mad. Having fits of anger and taking it out on others.                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Doing unsafe things.                                                                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Being overly careful or on guard (checking to see who is around you).                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Being jumpy.                                                                                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Problems paying attention.                                                                                                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Trouble falling or staying asleep.                                                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 |

Total Score \_\_\_\_\_  
Clinical = 15+

Please mark "YES" or "NO" if the problems you marked interfered with:

- |                              |                              |                             |                         |                              |                             |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Getting along with others | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | 4. Family relationships | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Hobbies/Fun               | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | 5. General happiness    | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. School or work            | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |                         |                              |                             |

Therapist Signature with Credentials

Date

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5<sup>th</sup> St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

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

**INTAKE/ASSESSMENT SCREENING – (Child) – 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: \_\_\_\_\_

Do you have a pending court date we should be aware of for OJA/DHS/Child Custody: \_\_\_\_\_

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

Do you currently have an IEP/504 to submit for BHRS services? ☐ Yes ☐ None Reported

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 5<sup>th</sup> 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: \_\_\_\_\_

Are you currently in school? ☐ Yes ☐ None Reported

In the past 90 days of the school year, how many days was the consumer absent from school? (00-90) \_\_\_\_\_

In the past 90 days of the school year, how many days was the consumer suspended from school? (00-90) \_\_\_\_\_

In the past 90 days, how many days was the consumer not permitted to return to day care? (00-90) \_\_\_\_\_

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?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5<sup>th</sup> St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

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

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:

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 |
|-----------|-----------|----------|-----------|----------|--------|
|           |           |          |           |          |        |
|           |           |          |           |          |        |

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5<sup>th</sup> St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

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

**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:

**(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:

---

Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC

620 NW 5<sup>th</sup> St. Suite D

Moore, Oklahoma 73160

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

**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?

---

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?

---

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

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\****

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

**How could your cultural orientation/practices affect treatment?**

\_\_\_\_\_

**What is your religious background?** ☐ \_\_\_\_\_

**What are some of your favorite traditions?**

\_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_

**Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**

**620 NW 5<sup>th</sup> St. Suite D**

**Moore, Oklahoma 73160**

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

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?

**Therapist's expectations:**

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

**ICD 10 DIAGNOSIS (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)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

BIOPSYCHOSOCIAL ADDENDUM  
CHILDREN AND ADOLESCENTS

**SCHOOL HISTORY**

1. Is the child currently enrolled in school? ☐ Yes ☐ No
2. Present school attending/will attend: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_
3. Has the child had to repeat a grade? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, what grade? \_\_\_\_\_
4. Does the child currently have an active IEP/504 in place at school?  
☐ Yes ☐ None Reported If yes, explain: \_\_\_\_\_
5. Has the child been diagnosed with a learning disability? ☐ Yes ☐ None Reported
6. Does your child have difficulty reading? ☐ Yes ☐ None Reported
7. Does your child have difficulty writing? ☐ Yes ☐ None Reported
8. How are grades now?  
\_\_\_\_\_
9. Has your school performance changed? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, explain:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DEVELOPMENTAL HISTORY**

1. Any problems at birth?  
\_\_\_\_\_
2. Prenatal exposure to alcohol, tobacco, or other drugs?  
☐ Yes ☐ None Reported If so, explain:  
\_\_\_\_\_
3. Age first walked? \_\_\_\_\_ 4. Age first talked? \_\_\_\_\_
5. Known developmental delays \_\_\_\_\_
6. Any hearing problems? ☐ Yes ☐ None Reported Has this been tested? ☐ Yes ☐ None Reported
7. Any vision problems? ☐ Yes ☐ None Reported Has this been tested? ☐ Yes ☐ None Reported
8. Do you have problems with speech? ☐ Yes ☐ None Reported
9. Have you had any speech therapy? ☐ Yes ☐ None Reported

**FAMILY HISTORY/PLACEMENTS**



**Integrated Therapy Solutions of Oklahoma, LLC**

**620 NW 5<sup>th</sup> St. Suite D**

**Moore, Oklahoma 73160**

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

**Current legal custody or legal guardianship (may not be the same as current physical custody):**

☐ Mother ☐ Father ☐ Joint ☐ DHS Other \_\_\_\_\_

**\*Please provide a copy of most recent custody paperwork if there is a current divorce/custody agreement in place – can be emailed to [admin@itsofok.com](mailto:admin@itsofok.com)**

**Parents'/guardians' ability/willingness to participate in services:**

**Parents'/guardians' strengths/abilities:**

**Parents'/guardians' preferences:**

**IMMUNIZATIONS**

**1. Are immunizations currently up to date? ☐ Yes ☐ No**

**Source of information**

**PEER INTERACTIONS**

**1. Who are your friends?**

**2. What do you like to do together?**

**3. Do any of them drink or use drugs? ☐ Yes ☐ None Reported If yes, explain:**

**4. Any problems with peers?**

**5. SUMMARY OF DEVELOPMENTAL ASSESSMENT**

**(Therapist summary of information provided – have milestones been met, are referrals to additional supports needed,etc)**

\_\_\_\_\_  
**Therapist Signature/Credentials**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Client Signature (if over 12)**

\_\_\_\_\_  
**Date**