



Contrato de Registro y Tratamiento de Clientes de Cashman Center

Información del cliente

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Tipo: Celular/Casa/Trabajo Teléfono alternativo: _____ Tipo: Celular/Casa/Trabajo

Estado civil: _____ Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Seguro

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Monto de copago por visita Terapia individual: _____ Fecha de vigencia: _____

Información del asegurado

Asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relación con el cliente: _____ Empleador: _____

Seguro secundario

Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Asigno todos los beneficios del seguro u otra cobertura de terceros al proveedor del servicio. Entiendo que al firmar este formulario, reconozco que si mi compañía de seguros o HMO/PPO no cubre ciertos servicios, los pagaré en su totalidad. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por servicios brindados por el proveedor o sus contratistas independientes. Se podrá aceptar una fotocopia de esta autorización.

cliente Fecha Firma del

Para uso clínico:

(presentar con copias de la tarjeta del seguro y de una identificación con fotografía)

Fecha de admisión/servicio _____ Código Dx _____ Código CPT _____ Tiempo total _____

Datos de salud

¿Cómo se enteró del Centro Cashman? _____ Si fue referido,
¿quién lo recomendó aquí? _____ Por favor describa
brevemente su problema actual: _____

Médico actual: _____ Clínica del médico:
_____ Dirección:
_____ Número de teléfono:
_____ Fax: _____

Fecha del examen físico más reciente: _____ Indique
sus medicamentos y dosis actuales: _____

Indique las vitaminas,
hierbas o suplementos que usa actualmente: _____

Indique cualquier
alergia o sensibilidad a los medicamentos: _____

¿Está actualmente o
tiene ¿Ha sido diagnosticado y/o tratado en el pasado? (Por favor marque todos los que apliquen)

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ataque | <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> migraña | <input type="checkbox"/> Daño hepático | <input type="checkbox"/> problemas tiroideos |
| <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> fatiga cronica | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> dolor crónico | <input type="checkbox"/> infección del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> hepatitis | <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> síntomas persistentes parecidos a los de la gripe |
| <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> hipertensión | <input type="checkbox"/> menopausia | <input type="checkbox"/> perimenopausia | <input type="checkbox"/> síndrome de ovario poliquístico |
| <input type="checkbox"/> problemas cardiacos | | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

La JAULA yJAULA-AYUDAPreguntas

Las preguntas CAGE originales aparecen en letra simple. Las preguntas CAGE "Adaptadas para incluir medicamentos" (CAGE-AID) son las preguntas CAGE originales modificadas por el *Texto en cursiva y negrita*.

El CAGE o CAGE-AID debe ir precedido de estas dos preguntas:

1. ¿Bebes alcohol?
2. ¿Alguna vez has experimentado con drogas?

Si el paciente ha experimentado con drogas, haga las preguntas del CAGE-AID. Si el paciente solo bebe alcohol, haga las preguntas del CAGE.

JAULA y Preguntas sobre CAGE-AID

1. En los últimos tres meses, ¿ha sentido que debería reducir o dejar de beber? ***o usar drogas?*** sí No
2. En los últimos tres meses, ¿alguien le ha molestado o le ha puesto de los nervios diciéndole que reducir o detener beba? ***ousando drogas?***
sí No
3. En los últimos tres meses, ¿se ha sentido culpable o mal por la cantidad que bebe? ***o usar drogas?*** sí No
4. En los últimos tres meses, ¿te has despertado con ganas de tomar una bebida alcohólica? ***o usar drogas?***
sí No

Cada respuesta afirmativa gana un punto. Un punto indica un posible problema. Dos puntos indican un problema probable.

PHQ-9	<i>Sobre el últimas 2 semanas (u otro período de tiempo acordado) ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?</i>	<i>no en absoluto</i>	<i>varios días</i>	<i>más de la mitad los días</i>	<i>cerca de cada día</i>
1.	Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
2.	Sentirse deprimido, deprimido o sin esperanza	0	1	2	3
3.	Problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4.	Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5.	Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6.	Sentirse mal consigo mismo, o pensar que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0	1	2	3
7.	Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8.	¿Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario: estar tan inquieto o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9.	Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera.	0	1	2	3
<i>Puntuación total del PHQ-9 =</i>					

GAD-7	<i>Sobre el últimas 2 semanas (u otro período de tiempo acordado) ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes problemas?</i>	<i>no en absoluto</i>	<i>varios días</i>	<i>más de la mitad los días</i>	<i>cerca de cada día</i>
1.	Sentirse nervioso, ansioso o al límite	0	1	2	3
2.	No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
3.	Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0	1	2	3
4.	Problemas para relajarse	0	1	2	3
5.	Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto	0	1	2	3
6.	Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7.	Sentir miedo como si pudiera pasar algo terrible.	0	1	2	3
<i>Puntuación total GAD-7 =</i>					



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

In the past 30 days, how much difficulty did you have in:		None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
S1	<u>Standing for long periods</u> such as <u>30 minutes</u> ?	1	2	3	4	5
S2	Taking care of your <u>household responsibilities</u> ?	1	2	3	4	5
S3	<u>Learning a new task</u> , for example, learning how to get to a new place?	1	2	3	4	5
S4	How much of a problem did you have <u>joining in community activities</u> (for example, festivities, religious or other activities) in the same way as anyone else can?	1	2	3	4	5
S5	How much have you been <u>emotionally affected</u> by your health problems?	1	2	3	4	5

In the past 30 days, how much difficulty did you have in:		None	Mild	Moderate	Severe	Extreme or cannot do
S6	<u>Concentrating</u> on doing something for <u>ten minutes</u> ?	1	2	3	4	5
S7	<u>Walking a long distance</u> such as a <u>kilometre</u> [or equivalent]?	1	2	3	4	5
S8	<u>Washing your whole body</u> ?	1	2	3	4	5
S9	Getting <u>dressed</u> ?	1	2	3	4	5
S10	<u>Dealing</u> with people <u>you do not know</u> ?	1	2	3	4	5
S11	<u>Maintaining a friendship</u> ?	1	2	3	4	5
S12	Your day-to-day <u>work/school</u> ?	1	2	3	4	5

H1	Overall, in the past 30 days, <u>how many days</u> were these difficulties present?	Record number of days ____
H2	In the past 30 days, for how many days were you <u>totally unable</u> to carry out your usual activities or work because of any health condition?	Record number of days ____
H3	In the past 30 days, not counting the days that you were totally unable, for how many days did you <u>cut back</u> or <u>reduce</u> your usual activities or work because of any health condition?	Record number of days ____

Nombre del cliente en letra de imprenta _____

Fecha de nacimiento _____

Contrato de proveedor/divulgación de información

Estimado cliente,

Cashman Center tiene un fuerte compromiso con su salud integral. Por esa razón, es importante tener una relación laboral estrecha con su médico, psiquiatra y/u otro proveedor de atención médica. Solicitamos permiso para comunicarnos con sus proveedores de atención médica. Puede recibir un mejor servicio si somos conscientes de los problemas de salud mental y abuso de sustancias, que a menudo afectan la salud y el bienestar. Complete la autorización adjunta para permitirnos comunicarnos con sus otros cuidadores. Si tiene más de un proveedor, le proporcionaremos formularios adicionales. Deberá completar una divulgación de información por separado para cada proveedor con el que desea que nos comuniquemos durante el curso de su atención en Cashman Center. Estaremos encantados de responder cualquiera de sus preguntas o responder a sus inquietudes con respecto a este asunto.

Si no desea comunicarse con sus otros proveedores de atención médica, lea y firme al final de esta página. Gracias.

Por favor marque todos los que apliquen:

Sí, por favor comunique información sobre mi atención a mi médico de atención primaria. he completado el divulgación de información (que sigue a esta página) con la información de contacto.

Sí, comuníquese con proveedores que no sean mi médico de atención primaria. He completado un lanzamiento de información con los datos de contacto.

No, no quiero que Cashman Center se comunique con mi médico de atención primaria.

No, no quiero que Cashman Center se comunique con otros proveedores.

Entiendo que puedo firmar una divulgación de información en cualquier momento para un proveedor específico y Cashman Center iniciará la comunicación con ese proveedor.

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____

Entiendo que mi psicólogo o terapeuta generalmente no puede condicionar los servicios psicológicos a que yo firme una autorización, a menos que los servicios psicológicos se me proporcionen con el fin de crear información de salud para un tercero.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de su información y ya no está protegida por la Regla de Privacidad HIPAA.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo

Si la autorización está firmada por un representante personal del paciente, se debe proporcionar una descripción de la autoridad de dicho representante para actuar en nombre del paciente.

Consentimiento para la divulgación de información

Esto autoriza a Cashman Center a usar y divulgar la información de salud específica que se describe a continuación con respecto a:

Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Esto autorizará a Cashman Center a liberar a/obtener de:

Nombre: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Información del registro

médico mantenido desde (indique fechas como "todos", o del 1/11 al 2/12):

La información que se divulgará es (marque toda la información que esté dispuesto a intercambiar):

Historial e información de admisión.	Informes sociales/ psicológicos/médicos
Notas de consulta/informes de progreso	Abuso o diagnóstico de dependencia química, historial y tratamiento (protegido por las regulaciones federales y estatales CFR Parte 2 y ORS 430.399(5), 179.505)
Plan de tratamiento, objetivos y resultados.	Medicamentos utilizados en el tratamiento.
Registros judiciales o de libertad condicional	Otra especificar)

El propósito de la divulgación de información es (marque todo lo que corresponda):

Diagnóstico y evaluación.	Para facilitar el tratamiento
Planificación del tratamiento	Otra especificar)

Si le solicitamos su autorización para nuestro uso y divulgación o para permitir que otro profesional o entidad de atención médica divulgue información: (1) Tiene derecho a inspeccionar una copia de la información protegida que se utilizará o divulgará; (2) Puede negarse a firmar esta autorización; y (3) debemos proporcionarle una copia de la autorización firmada si lo solicita. Usted podrá revocar este consentimiento en cualquier momento y que al cumplirse la(s) finalidad(es) antes indicada(s) o dentro del plazo de un año, este consentimiento caducará automáticamente sin revocación expresa.

Al firmar esta autorización, es posible que nos esté indicando que revelemos su información médica a una persona u organización que no tiene las mismas obligaciones de proteger la privacidad que se exigen a los profesionales de la salud según las leyes estatales y federales. La divulgación de la información especificada anteriormente puede conllevar la posibilidad de divulgación no autorizada de su información de salud protegida y pérdida de protección según las leyes estatales y federales. Puede solicitar que le exijamos al destinatario de su información médica protegida que firme un Acuerdo de Confidencialidad en el que el destinatario acepta limitar el uso y divulgación de su información según lo especificado en el acuerdo de confidencialidad. Si el destinatario previsto se niega a firmar el acuerdo de confidencialidad que usted solicita, no divulgaremos la información.

He revisado la Autorización y la entiendo. Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y es posible que ya no esté protegida según la ley federal de privacidad.

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____

Firma del padre/tutor/testigo _____ **Fecha** _____

Formulario de autorización de pasante de práctica

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____

Este formulario, cuando usted lo completa y lo firma, me autoriza a mí (_____) a divulgar información protegida de su expediente clínico al pasante (_____).

Acepto que el pasante se sienta y participe en mi terapia y/o realice pruebas y evaluaciones psicológicas. El pasante comprende y acepta mantener toda la información confidencial. Entiendo que el propósito de la participación del pasante es con fines de capacitación.

Esta autorización permanecerá vigente hasta _____.

Usted tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a la dirección de mi oficina. Sin embargo, su revocación no será efectiva en la medida en que haya tomado medidas basándose en la autorización.

Sí, estoy interesado en tener un pasante de práctica para participar en mis sesiones de terapia y/o evaluación.

No, no deseo que un pasante en prácticas participe en mis sesiones de terapia y/o evaluación.

Recibo de información del cliente

Dirección de correo electrónico _____

Autorizo a Cashman Center a contactarme periódicamente a mi correo electrónico con información sobre Cashman Center. la **NO** información personal se transferirá en estos correos electrónicos; Esto es sólo para fines educativos e informativos.

Sí, estoy de acuerdo _____ (Iniciales del cliente) No, no autorizo el uso de mi correo electrónico _____ (Iniciales del cliente)

He leído, comprendido y acepto cumplir con las políticas que se me dan en el manual de Registro de Cliente y Contrato de Tratamiento. Esto incluye:

- **Registro de clientes**
- **Cobertura de crisis**
- **Aviso de responsabilidades de información de salud y prácticas de privacidad de Cashman Center**
- **Declaración de Derechos**
- **Responsabilidades del cliente**

Firma del cliente

Fecha

Firma de los padres

Fecha